Nr. 52. 23. grudnia 1923. Rok II.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Ś. P. HELJODOR ŚWIĘCICKI
jako lekarz i działacz społeczny

Feminis lugere honestum est, viris meminisse.
(Tacyt: Germania).

Działalność lekarza, ginekologa i działacza społecznego łączył w sobie ś p. Święcicki w taki sposób, że potrafiły one iść równolegle i utrzymać się na takiej wysokości, iż niepodobna powiedzieć, którą z nich więcej dobra przyniósł społeczeństwu. Jako lekarz bowiem, znany w całym świecie naukowym, przynosił zaszczyt imieniu polskiemu, a jako działacz społeczny ma niespożyte zasługi na posterunku, na którym nie tylko był wielce użytecznym, ale wprost niezbędnym.

Już jako młody medyk w Wrocławiu bierze On udział w pracach towarzystwa literacko-słowiańskiego i pisze dwie rozprawy: O powstawaniu pepsyny i pracę historyczno lekarską, O pielęgnowaniu dzieci u Greków, za które wydział lekarski uniwersytetu przyznaje mu nagrodę. Więc już wówczas te dwie strony Jego, naukowa i społeczna zaznaczają się w sposób znamienny i zapowiadają, czem ten młody człowiek będzie w przyszłości. Ale wieleż to młodych, których życie i przyszłość pięknie się zapowiadały, nie ziściło pokładanych w nich nadziei. Że ś. p. Święcicki nie zawiódł tych nadziei, winien to wielkiej miłości Ojczyzny i wielkości swego charakteru.

Później, jako lekarz pracuje na klinikach w Dreźnie, w Jenie, jako uczeń sławnego Schultzego i asystent w Erlangen, co Mu dało w rękę wszystkie środki do ścisłego, naukowego wyzyskania materjału klinicznego, czego wówczas nie posiadał w tym stopniu żaden ginekolog polski. Zdobył On sobie w całości to, co Niemcy nazywają tak charakterystycznie »das Kennen und das Können«. Jesteśmy bowiem zbyt pochopni do twierdzenia, że naszą kulturą dorównywamy kulturze Zachodu, ale nie przesadzimy twierdząc, że z ówczesnych ginekologów chyba On jedyny mógłby o sobie to powiedzieć i pomyśleć, gdyby nie Jego wielka skromność pochodząca z wielkich wartości wewnętrznych.

Dość rzucić okiem na wielki szereg prac Jego, które obejmują zagadnienia anatomiczne, fizjologiczne, ginekologiczne i położnicze, które drukował w pismach zawodowych polskich, francuskich, niemieckich, angielskich, a nawet amerykańskich i to w małej stosunkowo części kazuistycznych, a przeważnie ściśle naukowych. A jeżeli dodamy do tego i świetne wyszkolenie operatorskie, to postawienie go najwyżej śród ówczesnych ginekologów polskich wcale nie zakrawa na przesadę. Był on też niewątpliwie takim kandydatem na profesora w Krakowie lub we Lwowie, którego się stawia »unico loco«. Co temu przeszkodziło nie wiem; podobno sam nie chciał kandydować, może czując, że większe zadania narodowe ma spełnić w swojem mieście i dzielnicy Polski z której pochodził.

Ś. p. Heljodor Święcicki należał do tych rzadkich ludzi, którym zajęcia fachowe nie wystarczają do spełnienia zadań życiowych. Nie miał On w sobie tej, gdzieś na dnie drzemiącej miłości Ojczyzny, lecz tę żywą, zawsze rozbudzoną i czujną, o której nigdy się nie mówi, z którą się nie nosi jak wielu tak zwanych patryjotów, ale która była u Niego tem niewyczerpanem źródłem ciągłej, konsekwentnej, świadomej celu, doniosłej działalności kulturalno-społecznej, wypełniającej po same brzegi to życie, tak użyteczne jak mało które. U niego bardzo rozbudzona działalność społeczna wcale nie krzyżowała się z działalnością znakomitego i wziętego lekarza. Przeciwnie, jedna drugą podnosiła tak, że obie stały na niezwykłej wyżynie i pozostawiły po sobie pomniki trwałe. A nie można zapominać, że bez względu nawet na charakter Nieboszczyka, umiejący łączyć ludzi do wspólnej pracy, natrafił on na społeczeństwo Wielkopolskie, wychowane pod niemieckim uciskiem i, śmiało powiedzieć można, wychowane dobrze. Jest to społeczeństwo, w którem współpraca ułatwia dokonania dzieł natchnionych dobrem ogółu, w którem usuwanie się od pracy społecznej uchodzi za ciężki grzech wobec niego. To społeczeństwo, dzięki ludziom dobrej woli, potrafiło nie biernie nienawidzić gnębicieli, lecz tę nienawiść zamienić w siłę, jaką jest czynna miłość Ojczyzny, kując broń, zapewniającą byt i trwałość polskiej kulturze i nauce. Bywają ludzie jakby zesłani dla pokrzepienia dusz, a do takich śmiało można zaliczyć ś. p. Święcickiego, który rozpoczął pracę społeczną w roli szeregowca, a stał się w końcu tej pracy widocznym znakiem i symbolem.

Zaraz po stałem osiedleniu się w Poznaniu zabrał się On do pracy oświatowej i naukowej, pracuje w towarzystwie pomocy naukowej imienia K. Marcinkowskiego, w tow. Św. Wincentego a Paulo i w Towarzystwie Przyjaciół Nauk; stara się czynnie o to, aby młodzi lekarze utrzymali się na wysokości nauki i sam tworzy fundusz pomocy koleżeńskiej, sprawia mikroskopy, urządza sale wykładowe, a w końcu, dla rozbudzenia ruchu lekarsko-literackiego, zakłada z innymi współpracownikami Nowiny Lekarskie, zasila je własnemi pracami, innych zachęca i zmusza, nie da upaść temu wydawnictwu, o co było tak łatwo jeżeli się zważy, że to pismo musiało wytrzymać konkurencję nie lada. Dzielnie mu w tem dopomaga wielkopolska społeczność lekarska. W Towarzystwie Nauk Poznańskiem był długoletnim prezesem wydziału lekarskiego. Uniwersytet Jagielloński nadał mu honorowy doktorat w czasie swego 500-letniego jubileuszu, a polska Akademja Nauk Lekarskich w Warszawie zalicza go w poczet swych pierwszych członków czynnych. W uznaniu niezwykłych i tak wszechstronnych zasług mianowały Go wszystkie towarzystwa lekarskie polskie swym członkiem honorowym. W roku 1916 urządza mu Poznań wspaniały jubileusz pracy, na którym są reprezentanci wszystkich towarzystw lekarskich.

W r. 1918 potrafił On urzeczywistnić dawno wymarzony plan utworzenia uniwersytetu w Poznaniu, którego powstanie bierze na swoją odpowiedzialność i stwarza fakt dokonany, już nie podlegający fluktom i losom partyjnych walk w naszym sejmie. Został on też pierwszym rektorem tego, głównie z jego inicjatywy, a przy wydatnej pomocy innych, stworzonego nowego środowiska oświaty. W końcu cały swój majątek przeznacza na swą fundację »Nauka i praca«.

Rzeczywiście, jak na jednego człowieka, to bardzo wiele. To też gdy Go brakło, opanowuje nas uczucie, jakby nagle zgasło coś, co nie tylko świeciło ale i ciepło roztaczało dokoła.

Kto miał zaszczyt znać Nieboszczyka, pojmie łatwo, jak

udało Mu się to, czego dokonał. Miał On bowiem tak ujmujący sposób jednania sobie dusz swą skromnością, niekiedy w bardzo miły sposób wypowiedzianem słowem uznania z takim szacunkiem dla zasług drugich, jakby ten człowiek do innych nawet nie dorósł. A co więcej, że to jego objawianie się było zawsze jak najszczersze. Był On bowiem jak najwięcej obdarzony tem wszystkiem, co jednoczy, a nie miał niczego, coby miało jakiś ślad zrażania. Był on jednym z najlepszych ludzi i dlatego potrafił zostawić po sobie pomniki złączone tak ściśle z Jego istnieniem, że pamięć Jego czynów nie wygaśnie nigdy.

W. Bylicki.

Prace oryginalne

T. ZWOLIŃSKI. Warszawa.

W sprawie badań nad kwasotą pochwy kobiecej.

(Z Kliniki Położniczo-Ginekologicznej Uniw. Warsz., dyr. prof. Dr. A. Czyżewicz).

Doniesienie tymczasowe.

Badania nad zachowaniem się kwasoty pochwy kobiecej były prowadzone przez nielicznych autorów, przedewszystkiem przez Gräfenberga. Sposób przeprowadzenia tych badań był jednak, jak się dziś okazuje, niezbyt szczęśliwie wybrany i niewystarczający, co prowadziło do wyników niezgodnych z faktycznym stanem rzeczy. Popełniane błędy dotyczą tak sposobu zbierania wydzieliny pochwy, jak i sposobu oznaczenia kwasoty na drodze chemicznej.

Starając się uniknąć powyższych błędów i osiągnąć możliwie ścisłe wyniki badania, wprowadziłem nowy sposób zbierania nierozcieńczonej i niezmienionej wydzieliny pochwy, zapomocą specjalnie zbudowanej srebrnej łyżeczki i w tak uzyskanej wydzielinie określałem stężenie jonów wodorowych (PH) metodą kolorymetryczną, odczynnikami angielskiemi, podanemi w ostatnich czasach, a odznaczającymi się wielką czułością. Sposób ten pozwala na określenie koncentracji jonów wodorowych w granicach PH_3 do PH_{10}.

Na zasadzie badań przeprowadzonych na 65 kobietach, przy równoczesnem uwzględnieniu stanu flory pochwowej, doszedłem do następujących wyników: 1) Wydzielina pochwy kobiety zdrowej ma zawsze odczyn kwaśny, którego nasilenie waha się w granicach PH_4 do PH_6. 2) Istnieją stany nadkwasoty wydzieliny pochwowej, które powodują zawsze podobne do siebie objawy kliniczne. 3) Kwasota pochwy podczas ciąży jest wyższa i to od zastąpienia aż do rozwiązania. 4) Stany zapalne narządu płciowego kobiety, zarówno ostre jak i przewlekłe, powodują zawsze obniżenie kwasoty, aż do oddziaływania obojętnego, nigdy natomiast nie zmieniają odczynu na zasadowy. 5) Wahania w oddziaływaniu kwaśnem pochwy w zależności od fali miesiączkowej nie są dotychczas ustalone. Badania w tym kierunku prowadzę w dalszym ciągu. 6) Wydzielina szyi macicznej, stale zasadowa, nawet w przypadkach ciąży (PH_7 do PH_8) nie wpływa na wzrost kwasoty pochwy. 7) Pierwszy stopień czystości flory pochwy idzie zawsze w parze z wysoką kwasotą. Natomiast stosunek odwrotny nie daje się stwierdzić w każdym przypadku. 8) Nieliczne dotychczas badania nad kwasotą pochwy noworodków wykazują oddziaływanie wydzieliny słabo kwaśne lub obojętne.

Podając powyższe fakta do ogólnej wiadomości zaznaczam, że prace nad ich wykończeniem i ustaleniem prowadzę w dalszym ciągu, i tak szczegółowy opis techniki postępowań, jak wyniki i ostateczne wnioski, ogłoszę w swoim czasie.

Dr. Ludwik FLECK. Lwów.

O stosunku proteinoterapji do anafilaksji.

Z oddziału Wewn. II. Szpitala Państwowego we Lwowie. Prymarjusz dr. Witold Ziembicki).

Okres największego zainteresowania dla proteinoterapji jest już poza nami. Jeśli przeglądamy czasopisma lekarskie z r. 1922, to w każdym prawie zeszycie znajdujemy jedną lub kilka prac o terapji białkowej. Wiele zaś wydawnictw ogłosiło specjalne ankiety na ten temat.

W bieżącym roku jest prac tych znacznie mniej. Nadmierny entuzjazm minął już, a wskazania do proteinoterapji znacznie zacieśniono.

Ale jakkolwiek wiemy już mniej więcej czego w praktyce można się spodziewać po terapji białkowej, to jednak teorja działania białka parenteralnego jest jeszcze zupełnie niejasna. Pominąwszy bardzo ogólnikowe określenia jak »uczynnianie protoplazmy«, »gorączka lecznicza«, »terapja pobudzająca«, »ergotropia«, »choc colloidoclasique« — wiemy bardzo mało konkretnego o mechanizmie leczniczego działania ciał proteinowych.

Oprócz badań nad działaniem samej podwyższonej ciepłoty i nad zmianami we krwi jest może najbardziej poruszanem zagadnienie wpływu terapji białkowej na odporność ogólną i specyficzną. Wyniki badań autorów są jednak rozbieżne. Jedni notują wzmaganie się Widala, uczynnianie Wassermanna, pojawianie dodatniego Pirquet'a [1]), inni natomiast stwierdzają doświadczalnie, że niema wzmożonej odporności na toksyny, ani infekcję, co najwyżej pewna zmniejszona ogólna wrażliwość.

Ja osobiście mogłem się przekonać, ze reakcja Weil-Felixa nie wzmaga się, że reakcja exantynowa nie reaktywuje się, a reakcja Pirquet'a w kilku wypadkach wybitnej anergji negatywnej nie przeszła w pozytywną.

Drugim, teoretycznie bardzo ważnym problemem jest stosunek proteinoterapji do anafilaksji. Panuje tu jednak jeszcze większa rozbieżność poglądów.

K. Brandenburg pisze n. p. dosłownie: »objawów działania anafilaktycznego, jakiejś nadwrażliwości nie zauważono. Raczej należy liczyć się przy dalszych wstrzykiwaniach z pewnem przyzwyczajeniem, otępieniem«. (M. kl. 1922, str. 737).

Przeciwnie zaś np. Voehl widzi już w samych dreszczach i gorączce działanie anafilaktyczne. (M. kl. 1922, 710). Podobnie ostrzegają Gildemeister i Seiffert przed niebezpieczeństwem anafilaksji przy stosowaniu parenteralnem mleka, a także wielu innych. U nas utarło się niemal ogólnie przekonanie, że zapad, występujący czasem po parenteralnem wprowadzeniu białka, jest wstrząsem anafilaktycznym i tak się zapad ten ogólnie mianuje. A priori wydaje się rzeczywiście jakoby związek między proteinoterapją a anafilaksją był nader blizki: 1) Wprowadzamy parenteralnie i kilkakrotnie to samo białko. 2) Otrzymujemy odczyn gorączkowy. 3) Obraz krwi, mianowicie leukopenja bezpośrednio po zastrzyku, a leukocytoza i eozynofilja następowo, przypomina stosunki przy anafilaksji. 4) Stany zapadu obserwowane przy proteinoterapji mają duże podobieństwo do wstrząsu anafilaktycznego.

Doświadczenia jednak, które wykonałem na oddz. W. II. Szpitala i krytyczne rozważenie objawów, każą przypuszczać, że związek ten jest bardzo podrzędny.

Tyczy się to w pierwszej linji laktoterapji. Pierwsze pytanie, które należało tu doświadczalnie rozwiązać, jest: czy mleko może w danych warunkach stać się anafilaktogenem?

Jeśli u osób leczonych parenteralnie mlekiem krążą we krwi dwuchwytniki anafilaktyczne, tedy dałby się ich stan nadwrażliwości przenieść na świnkę morską, wywołując u niej anafilaksję bierną, którą możnaby łatwo stwierdzić. Przeniosłem więc z osoby leczonej kilkakrotnie 4—6 cm³ surowicy, pobranej w 8—12 dni po ostatniej injekcji mleka, do jamy otrzewnowej świnki morskiej, a po 24 godzinach wstrzykiwałem śwince śródżylnie mleko. Otóż wszystkie w ten sposób traktowane świnki padały wśród typowych objawów wstrząsu anafilaktycznego a obraz sekcyjny był równie charakterystyczny. Kontrola co do samej wytrzymałości świnek na śródżylny zastrzyk takich samych ilości mleka dała wynik zadowalający. Wobec tego nie ulega wątpliwości, że stan nadwrażliwości przy laktoterapji istnieje.

---

[1]) Spostrzeżenie omówione przez prym. Ziembickiego na pos. Tow. Lek. Lwows. z dn. 19 maja 1922. (patrz protok.: P. Gaz. Lek. 1922. Nr. 26 i referat o proteinoterapji P. Gaz. Lek. 1922. Nr. 36). Odczyn zapalny w miejscu ujemnej, 2 dni przed wstrzyknięciem mleka dokonanej próby Pirqueta.

Podczas tych doświadczeń okazała się ciekawa okoliczność, mianowicie, że również mleko ludzkie śródmięśniowo podawane może wywołać stan nadwrażliwości u człowieka.

Możnaby sądzić, że białko mleka jest organospecyficzne na wzór białka soczewki ocznej, a nie jest natomiast gatunkowo specyficzne. Ale tak nie jest, bo nie udaje się po wyczuleniu mlekiem krowiem wywołać u świnki wstrząsu mlekiem ludzkiem. Chodzi tu raczej o denaturację białka mlekowego ludzkiego, wywołaną wyjaławianiem, która czyni białko to dla człowieka obcem.

Chciałbym w miejscu tem zwrócić uwagę na mało wyzyskaną praktycznie możliwość wykazania stanu nadwrażliwości u chorego, któremu mamy wykonać reinjekcję n. p. surowicy przeciwbłoniczej. Otóż przez przeniesienie anafilaksji na świnkę można w ciągu 24 godz. upewnić się z dużem prawdopodobieństwem czy nie nastąpi wstrząs.

Upewniwszy się tedy, że nadwrażliwość może w zasadzie mieć miejsce przy laktoterapji, stajemy wobec zagadnienia jakie znaczenie ma ona w mechanizmie działania tej terapji. Otóż gorączka, występująca przy proteinoterapji, niema nic wspólnego z anafilaksją. Przedewszystkiem dlatego, że do wywołania tej samej zwyżki temperatury trzeba w ciągu leczenia podawać coraz to większe dawki białka, a nie przeciwnie coraz mniejsze, jak byłoby, gdyby zachodziło tu wytworzenie się nadwrażliwości. Po wielu injekcjach przestają chorzy nieraz wogóle reagować gorączką, ci zaś, u których pierwsze injekcje wywołują tylko nieznaczne podwyższenie ciepłoty, mają i po następnych słabe reakcje gorączkowe. Występuje to zaś nawet przy zachowywaniu długich przerw między zastrzykami, które z pewnością wystarczyłyby do wytworzenia się stanu anafilaksji.

Spostrzegano po wstrząsie przy laktoterapji wystąpienie gorączki. Jeden przypadek taki podał prof. R e n c k i, drugi spostrzegałem osobiście. Według prawa odkrytego przez Friedbergera wywołują drobne dawki anafilaktogenu u uczulonego zwierzęcia podwyższenie ciepłoty, większe spadek, a jeszcze większe wstrząs. Poniżej dawek wywołujących gorączkę i poniżej dawek wywołujących spadek ciepłoty leżą dwa (dolny i górny) obszary obojętne.

Wywołanie tą samą dawką wstrząsu i gorączki anafilaktycznej jest przeto niemożliwe. Albo to nie jest wstrząs anafilaktyczny, albo to nie jest gorączka anafilaktyczna — albo też ani jedno ani drugie.

Gorączka białkowa jest pojęciem szerszem niż gorączka anafilaktyczna. Ale i po zastrzyku niebiałkowych substancji występuje gorączka; obserwowałem chorą, która po każdej injekcji neosalwarsanu dostawała wśród dreszczów wysokiej gorączki, utrzymującej się przez kilka godzin. Po injekcji siarki, hypertonicznej soli, cukru, parafiny, kaolinu i wielu innych występuje również gorączka, a przecież nie można sprowadzać tego do anafilaksji w klasycznem tego słowa znaczeniu.

Drugim punktem stycznym między proteinoterapią a anafilaksją są zmiany we krwi, tyczące się obrazu krwi, szybkości opadania krwinek, krzepliwości i t. d. Wprawdzie nie można — jak dotąd — wykluczyć, że czynnikiem działającym jest w tym względzie stan nadwrażliwości, ale z drugiej strony trzeba pamiętać, że wszystkie te zmiany nie są wyłącznie dla anafilaksji charakterystyczne, bo n. p. śródskórne injekcje najrozmaitszych soli dają podobną reakcję we krwi.

Trzeci i najważniejszy klinicznie punkt styczny między proteinoterapją i anafilaksją tworzy zapad, występujący nagle przy omawianej terapji.

W ciągu mniej więcej roku, przy bardzo rozległem stosowaniu laktoterapji, mieliśmy na oddz. W. II. Szpitala Powszechnego zaledwie dwa razy takie zapady. W kilka minut po injekcji wystąpiły: lęk, zawroty głowy, duszność, nudności, sinica i bladość naprzemian, spadek ciepłoty i ciśnienia krwi, ustawanie tętna. Po dalszych kilkunastu minutach objawy ustąpiły. U jednej z tych chorych mieliśmy po tej injekcji zupełnie typowy odczyn gorączkowy jak po każdej innej, druga chora gorączkowała w sposób nieregularny przez cały ciąg choroby. Odczyn ogniskowy w schorzałych stawach wystąpił po tej injekcji jak i następnych zupełnie charakterystycznie.

Te stany zapadu nie są wstrząsami anafilaktycznemi w ścisłem tego słowa znaczeniu:

1) Przez śródmięśniową injekcję wogóle trudno tak groźny i tak szybko występujący wstrząs wywołać nawet u świnki morskiej.

2) Widywano stany takie już po drugiej injekcji (n. p. Prof. R e n c k i), więc około 3—4 dni po injekcji uczulającej. Jest to znacznie za krótki okres czasu na powstanie odpowiedniej koncentracji dwuchwytników we krwi.

3) Wstrząsy te występują zawsze jako reakcja natychmiastowa, nigdy zaś nie spostrzegano żadnych podobnych objawów po 7—8 dniach od zastrzyku, jak to często ma miejsce przy prawdziwej anafilaksji n. p. przy reinjekcji surowicy przeciwbłoniczej.

4) Zupełna nieregularność występowania tych zapadów przemawia również przeciw anafilaktycznej ich naturze. Nieraz występują po drugiej już injekcji, a wielokrotnie nie było ich mimo rozmyślnego zachowania przerwy 7—14 dniowej pomiędzy injekcjami i mimo, że stan nadwrażliwości u osób tych niewątpliwie wytworzył się i mógł być na świnkę przeniesiony.

5) Wreszcie najważniejszym argumentem jest zupełny brak jakiejkolwiek antyanafilaksji po wstrząsie. Chorzy, którzy przebyli taki wstrząs, reagują na dalsze injekcje mleka pod każdym względem — z wyjątkiem wzmożonego strachu — zupełnie tak samo jak przedtem. U tej samej osoby możliwe są nawet bezpośrednio po sobie dwa wstrząsy (R e n c k i). A przecież występowanie antyanafilaksji jest najbardziej charakterystycznym, kardynalnym momentem nauki o nadwrażliwości.

6) Celem zapobiegania wstrząsowi poleca S c h m i d t wstrzyknąć naprzód kilka kropel podskórnie, a po pewnym czasie resztę śródmięśniowo. Radę tę stosują praktycy z zupełnym skutkiem, czekając po injekcji zaledwie kilka minut. Gdyby chodziło tu o wywołanie stanu antyanafilaksji t. j. o metodę B e s r e d k i zapobiegania wstrząsowi anafilaktycznemu, to trzebaby po podskórnej injekcji przeczekać przynajmniej 1/2 godz. Więc sposób S c h m i d t a, w tej postaci w jakiej go stosują, jest raczej metodą upewnienia się, czy chory nie jest nadmiernie wrażliwy na injekcję, lub może zapobiega powstaniu poinjekcyjnego zapadu w jakikolwiek inny sposób, z anafilaksją niema on jednak nic wspólnego.

Zapady poinjekcyjne przy laktoterapji nie są więc wstrząsami anafilaktycznemi. Natura ich jest zawiła; nie można sądzić aby ciało działające zawarte było w gotowej postaci we wstrzykiwanem mleku, bo z tej samej porcji mleka u jednych następuje wstrząs, u innych, liczniejszych znacznie, niema go. Główną rolę gra tu jakiś czynnik usposabiający.

Wstrząs poinjekcyjny przypomina raczej wstrząsy pourazowe, niż anafilaktyczne. Natura tychże również nie jest jeszcze wyjaśniona.

M a g n u s widzi przyczynę tych stanów wstrząsu po silnym urazie mechanicznym w »parenteralnem wprowadzeniu produktów odbudowy białka z rany«, co odpowiadałoby bliskiemu pokrewieństwu ich z naszym wstrząsem poinjekcyjnym przy proteinoterapji. Podobnego zdania jest B u r c h a r d. Q u é n u widzi ich przyczynę w wyzwoleniu i wessaniu kenotoksyn ze zniszczonych mięśni.

C a n n o n i B a y l i s s przecinali u zwierzęcia nerw lub też podwiązywali naczynia odnóża i przekonali się, że można wywołać wstrząs urazowy po przerwaniu przewodnictwa nerwowego, zaś po wyeliminowaniu krążenia nie udaje się to. Stąd wynikałaby znowu chemiczna raczej niż nerwowa geneza wstrząsów urazowych. H e n d e r s o n uważa, że przyczyną zapadu po urazie jest akapnia t. j. porażenie ośrodka oddechowego z powodu wyczerpania się CO_2 we krwi, które następuje po nasilonych oddechach.

Wszystkie te ewentualności są i w omawianych wstrząsach poinjekcyjnych możliwe. Wstrząsy takie występują zresztą nie tylko po wstrzyknięciu ciał białkowych, zauważono je nieraz po injekcji Calc. chloratum, salwarsanu i t. d.

Możnaby tu jeszcze myśleć o emboliach, o gwałtownym wpływie na wewnętrzne wydzielanie, o zatruciu histaminą (Dale), której jednak według P o p i e l s k i e g o w mleku niema.

Wstrząsy podobne zupełnie

injekcji hemoglobiny, tłumaczy Friedberger zatruciem jonami potasu wyzwolonego z krwinek, w przeciwieństwie do Pfeiffera, który uważa je za anafilaktyczne. O ile mię jednak obliczenia nie mylą, jest soli potasu w mleku za mało na wywołanie wstrząsu.

Niezależnie od omawianych wstrząsów spostrzegaliśmy pojawianie się wysypki, zupełnie podobnej do wysypki posurowiczej. W ciągu mniej więcej roku mieliśmy sposobność oglądać ją dwukrotnie. Raz zjawiała się wysypka taka na drugi dzień po każdej injekcji mleka, od 1. do 6-ej injekcji, i trwała kilka dni. Wchodziła tu w grę prawdopodobnie specjalna idiosynkrazja. Drugi przypadek był jeszcze ciekawszy. Chora, w stanie ciężkim, dostawała przez kilka dni wielokrotnie injekcje kamfory. Następnie dopiero dostała śródmięśniowo mleko. Otóż po każdej injekcji mleka występował rumień dokoła wszystkich miejsc zastrzyku kamfory, trwał jeden dzień i znikał aż do następnej injekcji. Tu więc odczyn zlokalizowany był w miejscach alterowanych, tworząc niejako odczyn ogniskowy po injekcji mleka.

Z jednego jeszcze stanowiska starałem się rozpatrzyć stosunek proteinoterapji do anafilaksji, mianowicie przy pomocy reakcji skórnej. Oznaczyłem tedy stopień pobudliwości danej osoby na śródskórny zastrzyk określonej ilości mleka i następnie podałem tej osobie kilkakrotnie w odstępach dwudniowych śródmięśniowo mleko, celem wywołania stanu nadwrażliwości. Po przeczekaniu 10-dniowej inkubacji, oznaczyłem powtórnie pobudliwość skóry. Okazało się, że niema wyraźnego zwiększenia. Teraz osoba ta dostała znowu śródmięśniowy zastrzyk celem wywołania stanu antyanafilaksji i w 2 godz. potem — oznaczyłem po raz trzeci pobudliwość skóry. Była ona tym razem zamiast mniejsza, jakby wynikało z antyanafilaktycznego stanu, znacznie większa, t. j. ta sama ilość mleka co poprzednio dawała po injekcji śródskórnej 2 do 3 razy większe zaczerwienienie. Jest to znowu pewnego rodzaju reakcja ogniskowa w miejscu alterowanem, wywołana śródmięśniowym zastrzykiem, który miał spowodować stan antyanafilaksji.

Doświadczenia te dowodzą, że odczyn miejscowy przy laktoterapji nie jest natury anafilaktycznej, t. j. niema nic wspólnego z t. zw. odczynem Arthusa.

Zbierając tedy wyniki niniejszej pracy musimy stwierdzić, że anafilaksja wprawdzie istnieje przy proteinoterapji, bo daje się przenieść na świnkę, gra może pewną rolę przy powstaniu zmian we krwi i charakterystycznych wysypek u osób specjalnie skłonnych — ale nie tworzy kardynalnej roli w mechanizmie leczniczego odczynu po injekcji. Ani gorączka, ani wstrząs, ani odczyn miejscowy nie zachowują się według praw istotnych dla anafilaksji: niema zwiększonej pobudliwości przy następnych injekcjach i niema braku pobudliwości w stanie, który odpowiadałby antyanafilaksji.

(Wygłoszono na pos. Koła Nauk. Lek. Szpit. Państw. we Lwowie dnia 2. maja 1923 r.)

Piśmiennictwo.

Friedberger: Die Anaphylaxie. — Kraus-Brugsch. T. II. I. część. — M. Loewit: Infektion u. Immunität. 1921. — Karl Dehio: Zur Proteinkörpertherapie. Mitt. aus den Grenzgeb. der Med. u. Chir., B. 35, H ½. — Hans Knorr: Über den Schock. Mitt. aus den Grenzgeb. der Med. u. Chir., Bd. 33, H 3, 1921. — Zdzisław Steusing: O stosunku β-imidazolyletylaminy do fizjologicznego działania krwi etc. Nakładem Tow. Naukow. 1922. — Koskowski i Steusing: O wpływie histaminy etc. Pols. Gaz. lekars. 1922. Nr. 52. — Stern: Bemerkungen zur Frage der Proteinkörpertherapie. Zeitschrift für ärztl. Fortbildung 1922, Nr. 4 i 5. — Kleeblatt: Zur Frage der Dosierung u. des Interwalls bei der Proteinkörpertherapie. Therapie der Gegenwart 1921, H. 5 i 6. — Gildemeister u. Seiffert: Zur Frage der Anaphylaxiegefahr bei Proteinkörpertherapie. Centrblatt f. Bakteriologie. B. 73. Nr. ½. 1922.

Ponadto prace i referaty roczników 1921, 1922, 1923: Polska Gazeta lekarska (dawniej Czasopismo lekarskie) (Nowaczyński, Rencki, Ziembicki, Selzer, Ruff, Schramm, Leszczyński, Bednarski, Baley, Held i inni) — Medizinische Klinik: (Baum, Bier, Funk, Voehl, Brandenburg, Schmidt, Elschnig, Buschke, u. Langer, Pribram, Göbell, Caspari, Hirsch u. Sternberg, Hoefer u. Herzfeld, Tobias i inni). — Münchener Med. Woch.: (Weichard, Döllken, Stintzing, Sigl, Pribram, Becker, Bier, Schittenhelm i inni) — Zentralblatt für Bakteriologie, Wiener Klin. Wochenschrift

Dr. A. ELEKTOROWICZ, asystent Klin. Wew.
Dr. W. TYCZKA, asystent Klin. Neurologicznej. Warszawa.

O klinicznem zastosowaniu odmy czaszkowej sztucznej.

Z Kliniki Wewnętrznej I. U. W. (Prof. Gluziński) i z Kliniki Neurologicznej (prof. Orzechowski).

Dokończenie.

W warunkach patologicznych, które mogą doprowadzić do przemieszczeń poszczególnych odcinków mózgu, a więc i komór, dających się przy tej metodzie uwidocznić lub przy niedrożności połączeń przestrzeni podpajęczej z komorami, otrzymujemy obrazy odmienne od normalnych, przez to niekiedy dokładnie wskazujące okolicę, w której toczy się sprawa chorobowa.

Przyp. 1. S. l. 18. Guz robaka przechodzący na półkulę lewą móżdżku. Dnia 23. III. 1923 r. odma powietrzna dokonana w pozycji leżącej na lewym boku. Przed zabiegiem tętno 92, drobne, parcie krwi 135, ciśnienie cieczy m. rdz. 220 mm; wypuszczono cieczy 50 cm³, wpuszczono powietrza 60 cm³. Po wpuszczeniu pierwszych 10 cm³ powietrza, chora skarży się na b. silny ból głowy w części skroniowej prawej; w miarę dalszego wpuszczania powietrza, zresztą bardzo powolnego, w porcjach po 3 do 5 cm³, ból stale się nasilał i obejmował już całą głowę. Przy podaniu głowy ku przodowi ból się wzmagał, chora też instynktownie trzymała głowę podaną w tył. Ciśnienie cieczy m. rdz. zaraz z początku podniosło się do 300 mm. i utrzymywało się aż do końca na tym poziomie. Parcie krwi oraz tętno pozostawało bez zmiany. Po skończonem doświadczeniu pojawiły się nudności i wymioty. — Zdjęcie przednio-tylne i boczne: komory nie wypełnione, rowki miernie wypełnione. W tym przypadku brak wypełnienia komór mógłby dowodzić zamknięcia wodociągu Sylwjusza i popiera poniekąd rozpoznanie zamknięcia tegoż wskutek ucisku przez guz móżdżku. Wartość dowodową tego przypadku osłabia może połowiczość zabiegu t. j. ilość wprowadzonego powietrza za skąpa, wskutek ciężkiego stanu chorej.

W przypadku tym rozpoznanie wahało się przez dłuższy czas między stwardnieniem rozsianem a nowotworem tylnej jamy czaszkowej; wykazana, dzięki odmie, bezpowietrzność dowodziła raczej obecności guza, uciskającego na wodociąg Sylwjusza; w tym więc przypadku odma czaszkowa sprawiła, żeśmy pozbyli się niepewności co do rozpoznania i skierowali chorą na właściwą drogę chirurgicznego leczenia.

Przyp. 2. M. l. 22. Ograniczone torbielowato-zrostowe zapalenie opon prawego zwoju środkowego przedniego. Jackson lewej ręki. Rozpoznanie potwierdzone operacyjnie.

Dnia 14. II. 1923 r. wykonano odmę powietrzną w 3 miesiące po operacji, która wskutek krwawienia ze zrostów opon miękkich z twardą musiała być wówczas przerwana. Początkowe ciśnienie cieczy m. rdz. 260 mm. parcie krwi 130, tętno 90. Upuszczono 50 cm cieczy. Wtłoczono 90 cm powietrza; tętno już po wpuszczeniu pierwszej porcji powietrza wolniejsze 70, pełne, parcie krwi podniosło się na 150. Ciśnienie cieczy m. rdz. po wpuszczeniu 10 cm powietrza podniosło się do 360 i na tym poziomie utrzymywało się przez dłuższy czas, poczem w pewnej chwili szybko spadło do 0, mimo wpuszczania dalszych porcji powietrza. Z tego powodu zabieg przerwano. Chora, która przez cały czas doświadczenia była, jak się zdaje, wskutek widocznie indywidualnego oddziaływania na wstrzyknięte narkotyki bardzo niespokojna i silnie podniecona i skarżyła się na rozsadzający ból w całej głowie, przy końcu doświadczenia dostała wymiotów. W tym okresie tętno wolne, dobrze napięte. W 4 godz. po odmie powietrznej ciepłota ciała podniosła się do 39.6, zaś chora w dalszym ciągu uskarża się na bardzo silny ból głowy. Po 48 godz. ciepłota prawidłowa, ból głowy ustąpił, samopoczucie dobre. — Zdj. p. t.: nieznaczne wodogłowie komór bocznych łącznie z III-ą. b. trudne do oceny z powodu znacznego ubytku kostnego naokoło płatu kostnego, założonego z powrotem po operacji.

Wodogłowie komór świadczy, że zapalenie surowicze opon chorej, które wyleczyło się, pozostawiając trwalsze zmiany w okolicy kory ruchowej prawej strony, widocznie jednak było w początku cierpienia uogólnione. Dodać też należy, że bez odmowej rentgenografji nie bylibyśmy w stanie rozpoznać tu wodogłowia, którego domniemywać się tylko było można i to najwyżej na podstawie otyłości chorej (zob. historję choroby tego przypadku przy omawianiu wpływu leczniczego odmy).

Przyp. 3. C. l. 48. Blizny porozmiękczynowe obustr. mostu w następstwie kiłowego zapalenia błony wewnętrznej tętnic móżdżkowych dolnych. Porażenie postępujące.

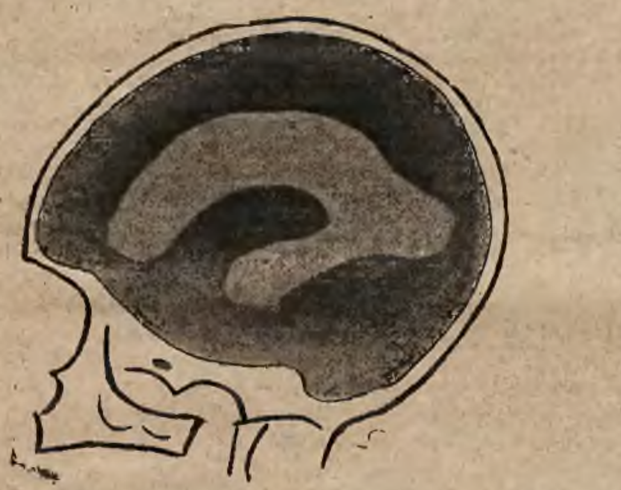
Dnia 10. I. 1923 r. odma powietrzna. Początkowe ciśnienie cieczy m. rdz. 260 mm. Wypuszczono cieczy 110 cm., wtłoczono powietrza 120 cm. Końcowe ciśnienie cieczy 390 mm. nie dało się obniżyć, mimo upuszczania płynu. Chory zniósł zabieg do-

skonale, przez cały czas podawał, że czuje się dobrze. Zdj. p. t.: wybitne wodogłowie obu komór bocznych i III-ej., (Ryc. 4 i 5) b. wybitne wodogłowie bocznych komór, zdaje się, że widać uchyłek szyszynkowy. Kora bardzo mało powietrzna.



Rys. 4. Zdjęcie przednio-tylne. Wodogłowie obu komór bocznych i III-ciej.

Wodogłowie w tym przypadku jest naturalnym wynikiem zaniku porażnego mózgu. Uderza jednak, że mimo zaniku kory, które należy przyjąć w tym przypadku jako rzecz pewną, rowki ledwie się zaznaczają. Naodwrót w innych przypadkach, w których nic nie uzasadniało klinicznie przypuszczeń zaniku korowego, a tem samem rozszerzenia przestrzeni podpajęczej, rowki wydawały się bardzo rozszerzone i wogóle uwidoczniała się znaczniejsza ilość rowków. Do tego wykazuje skłonność szczególnie płat czołowy, co może być w związku z pozycją poziomą na wznak, którą nadajemy



Ryc. 5. Zdjęcie boczne. Wodogłowie komór bocznych.

choremu po ukończeniu zabiegu przed przystąpieniem do zdjęć rentgenologicznych. Z tego wynika, że należy być powściągliwym w ocenie obrazów poodmowych, o ile one dotyczą rowków.

Przyp. 4. M., l. 46. Częściowy zespół wzgórka ocznego, porozmiękczynowy, lewostronny. Otępienie. Zanik mózgu. Dnia 10. I. 1923 r. odma powietrzna: upuszczono 65 cm cieczy, wpuszczono 55 cm powietrza. Początkowe ciśnienie cieczy 260 mm, końcowe 300 mm. Już po wpuszczeniu pierwszych porcji powietrza skarży się chora na silny ból głowy. Zdj. p. t.: wodogłowie obu komór bocznych, większe prawej, komora III-a prawidłowa; boczne: wodogłowie komór bocznych, uderzająco dużo powietrza w płacie czołowym, w innych płatach go niema.

Tutaj *hydrocephalus ex vacuo* potwierdza rozpoznanie kliniczne miażdżycowego zaniku mózgu, a przewaga wodogłowia prawej komory potwierdza rozpoznanie blizny okolicy prawego wzgórka wzrokowego. Z powodów, poruszonych przy omawianiu poprzedniego przypadku, zwiększonej powietrzności przestrzeni podpajęczych płata czołowego nie przypisujemy znaczenia rozstrzygającego co do umiejscowienia zaniku.

Przyp. 5. K. l. 46. Rozmiękczenie po kiłowem zapaleniu błony wewnętrznej naczyń. Lewostronny niedowład. Choroba zaczęła się przed 2 laty. Dnia 8. I. 1923 r. odma powietrzna. Wypuszczono cieczy 38 cm³, wtłoczono powietrza 45 cm³. Początkowo odczuwała chora ból w karku, potem w całej głowie. Doświadczenie (jedno z pierwszych) przerwano, ponieważ wystąpiło silne zaczerwienienie twarzy i nudności. Po zabiegu raz jeden wymioty. Wieczorem tegoż dnia ciepłota 37,8, ból głowy już słabszy, chora blada, tętno wolne, pełne. Objawy te nazajutrz ustąpiły. Zdj. p. t.: komory niesymetryczne; prawa nieco większa, jej ściana boczna wyraźnie przeciągnięta nazewnątrz. Nadkorowo po stronie prawej w okolicy ciemieniowo-czołowej duża wyspa powietrza, w samym środku tej wyspy mało powietrza.

W tym przypadku, w następstwie zbliznowacenia porozmiękczynowego, przyszło z jednej strony do odsunięcia powierzchni kory od czaszki (wyspa powietrzna), z drugiej strony do wciągnięcia bocznej ściany komory i w wyniku do jednostronnego zaokrąglenia i powiększenia konturu »motylka«, co może pokrywa się z jednostronnem wtórnem wodogłowiem.

Przyp. 6. K. l. 30. Parkinsonoid poencephalityczny. Choroba trwa 3 lata. Dnia 10. I. 1923 r. odma powietrzna. Początkowe ciśnienie cieczy m. rdz. 380 mm. wypuszczono cieczy 73 cm, wpuszczono powietrza 130 cm. t. j. wyjątkowo dużo, ponieważ chory zabieg bardzo dobrze znosił, a ciśnienie spadało, więc starano się nowemi porcjami powietrza je podnieść, jednak bezskutecznie. Początkowo ciśnienie cieczy, po wpuszczeniu 10 cm³ powietrza, podniosło się do 400 mm, następnie jednak stopniowo obniżało się i po 30 cm³ powietrza wynosiło już tylko 320 mm, a po 60 cm powietrza opadło nawet do 200 mm. Wtedy zamierzano zabieg skończyć; nagle ciecz m. rdz. podnosi się b. znacznie, bo do 500 mm, w tej chwili chory jakby chciał zakaszlać i prawie równocześnie ciśnienie spadło błyskawicznie do 0. Usłyszało się syk powietrza wdzierającego się do wnętrza kanału kręgowego przez igłę, którą ciecz odpływała. Zamknięto krany i w owej chwili tętna nie można było wyczuć, chory pobladł, poczuł ból głowy, którego dotąd nie miał; trwało to bardzo krótko, poczem tętno wróciło do normy, utrzymując się nadal jako dość powolne, pełne. Po 1 do 2 minutach zmierzono ciśnienie, wynosiło ono około 200 mm. przytem wydobywała się ciecz pienista z bańkami powietrza. Na tem zabieg ukończono. Doświadczenie trwało od pierwszego wbicia igły pół godziny, licząc od chwili wpuszczenia powietrza 16 min. Tętno przez cały czas zabiegu około 80. Po odmie, poza bólem głowy niewielkim przez 2 dni, czuł się chory wyjątkowo dobrze, należał do tych nielicznych, którzy potem nie mieli zwyżki ciepłoty. Zdj. p. t.: zarys komór normalny, rowki wybitne, we wszystkich płatach, także ciemieniowym i potylicznym, liczne smugi szerokich rowków, jako następstwo zaniku kory mózgowej, gdyż, jak to wiemy z badań pośmiertnych, przy zespołach parkinsonoidalnych po nagminnem zapaleniu mózgu często mamy do czynienia z ogólnym zanikiem mózgu i zawojów mózgowych.

Materjału patologicznego rdzeniowego mieliśmy bardzo mało (8). Tu chcemy napomknąć tylko o przypadku, w którym rozpoznanie wahało się między stwardnieniem rozsianem, a sprawą kiłową. Wystąpienie bólów korzonkowych na wysokości domniemanego poprzecznego zajęcia rdzenia pozwalało przechylić rozpoznanie raczej ku kile. W przypadkach przypuszczalnego ograniczonego ucisku otrzymywaliśmy w czasie wtłaczania powietrza bóle rozlane w zakresie większej liczby korzonków, co nie pozwalało, rzecz jasna, na ustalenie wysokości uciśniętego przekroju, z drugiej strony bóle o typie korzonkowym otrzymywaliśmy w przypadkach, w których sprawę uciskową mogliśmy wykluczyć. Ztąd wartość kliniczna bólów korzonkowych w czasie odmy, tak podnoszona przez B i n g l a wydaje się nam problematyczną.

Pozostaje nam w końcu poświęcić kilka słów spostrzeżeniom, które dowodzą, że w pewnych warunkach odma może dawać korzyści lecznicze.

Zdawałoby się z góry, że moglibyśmy dodatnio wpływać na stan chorego w tych przypadkach, w których mamy do czynienia ze wzmożonem ciśnieniem śródczaszkowem, albo też ze szkodliwem działaniem na mózgowie drobnoustrojów lub jadów krążących w cieczy mózgowo-rdzeniowej, wreszcie z utrudnieniem odpływu produktów przemiany materji nerwowej. Przez wypuszczenie znacznej, niekiedy całkowitej, ilości cieczy m. rdz., czego w przeważnej części schorzeń nie możnaby dokonać bez większej szkody dla ustroju przez zwykle stosowane nakłucie lędźwiowe, możemy obniżyć ciśnienie śródczaszkowe, a z drugiej strony uwolnić narząd ośrodkowy od pewnej ilości znajdujących się w nim drobnoustrojów, jadów i zalegających przetworów przemiany materji.

I rzeczywiście B i n g e l, S h a r p, R i n d f l e i s c h, N o n n e i inni podają, że w przypadkach zapalenia opon mózgowych, bez względu na rodzaj i przyczynę jego, mieli dodatnie wyniki, chociaż najczęściej naogół skromne i tylko przejściowe. B i n g e l wspomina, że nawet w gruźliczem zapaleniu opon miał chwilową dość znaczną poprawę, w przeciwieństwie do R e i c h e'go, który od 2 lat posługując się odmą przy tem schorzeniu, twierdzi, że nigdy nie spostrzegał nawet chwilowej poprawy.

Nasze spostrzeżenia, dotyczące jak dotąd małej liczby przypadków, i to surowiczego zapalenia opon, pozwalają nam

na stwierdzenie dodatnich wyników, których jednak z powodu krótkości obserwacji nie mamy jeszcze dostatecznej podstawy uważać za trwałe.

Z piśmiennictwa dowiadujemy się, że również i w nowotworach mózgu po stosowaniu odmy następowała poprawa. Rozumie się, że może tu być mowa tylko o czasowem złagodzeniu takich przedewszystkiem objawów, jak silne bóle głowy, uporczywe wymioty i t. p. Poniżej przytaczamy nasze odpowiednie spostrzeżenia.

Przyp. 2. M. l. 22. (Przypadek już pod tą samą liczbą wyżej wspomniany). Wywiady: we wrześniu 1920 r. po przespaniu się na mokrej ziemi zaczęła doznawać uczucia zdrętwienia w całej lewej połowie ciała, które przeszło w osłabienie kończyny górnej lewej, a do 3 dni w jej porażenie, utrzymujące się potem przez parę miesięcy. W marcu 1921 r. dostała poraz pierwszy napadu Jacksona w lewej połowie ciała, poczynającego się od palców ręki, po którym wystąpił niedowład także lewej kończyny dolnej. Odtąd napady powtarzały się 1—2 razy na miesiąc, później nawet częściej. Niedowład lewych kończyn zwolna zaczął się poprawiać. W 4 miesiące po pierwszym napadzie wystąpił ogólny napad z utratą przytomności, pianą na ustach, zranieniem języka. Po każdym napadzie osłabienie lewych kończyn zwiększało się, poczem znowu siła się poprawiała, jednak niedowład ręki lewej pozostawał trwale. Dnia 30. V. 1922 r. chora zgłosiła się na klinikę. Stan obecny: Bystr. wzr. obstr. 5/6. Skroniowe części tarcz bledsze. Niedowład dolnej gałązki lewego VII i lekki niedowład lewostronny kończyny dolnej, znaczniejszy górnej, ze wzmożeniem napięcia mięśniowego i odruchów głębokich. Objaw Bab. po lewej +. Przez czas pobytu chorej na klinice napady Jacksonowskie i ogólne powtarzały się bardzo często. Dnia 15. IX. 1922 r. skierowano chorą na oddział chirurgiczny prof. S a w i c k i e g o. Przy operacji znaleziono w okolicy ruchowej prawej opony miękkie silnie pogrubiałe, galaretowato obrzękłe, a na ich powierzchni smugi mleczne, w jednem miejscu zrost z oponą twardą. Z powodu krwawienia podczas rozdzielania zrostów zabieg przerwano. Po operacji napady Jacksona w lewej połowie ciała utrzymywały się nadal, stale zaczynające się od palców ręki lewej. W styczniu ponadto pogorszenie objawów podmiotowych w postaci stałych bólów głowy, ogólnego osłabienia, silnego podrażnienia. Dnia 14. II. 1923 r. odma powietrzna. Upuszczono 58 cm cieczy, wtłoczono 88 cm powietrza. W 5 dni po zabiegu bóle głowy zupełnie ustąpiły, samopoczucie chorej lepsze. Ogólne napady nie ponawiały się odtąd przez 3 miesiące dalszej obserwacji, a napady Jacksonowskie były naogół rzadsze, słabsze i krótsze.

Wynik dodatni odmy był tutaj uderzający. W przypadku tym pewną ale niewątpliwą poprawę, którą sobie chora ceniła, jesteśmy skłonni odnieść może nie tyle do zmian warunków ciśnienia śródczaszkowego u chorej (nie było ani zbyt wysokiego ciśnienia śródczaszkowego, ani nie było nigdy zmian zastoinowych na dnie oka), ile do poprawy krążenia cieczy m. rdz. w całości systemu cieczowego, więc może także okolicy ruchowej najcięższej zajętej. W kwietniu dokonano wycięcia operacyjnego zrostów z plastyką opony twardej zapomocą płatu zrobionego z powięzi uda, wyciętej wraz z tkanką tłuszczową. Po operacji bezpośrednio napad Jacksona, odtąd wybitna poprawa, brak zupełny napadów do czerwca. W czerwcu słabe napady Jacksona zjawiają się znowu od czasu do czasu, raz napad ogólny. W przypuszczeniu, że powodem popogorszenia się są tworzące się zrosty w miejscu rany operacyjnej, spróbowano znowu odmy, przypuszczając, że w ten sposób zapobiegnie się tworzeniu zrostów, z zamiarem ponawiania odmy co pewien czas w przyszłości. Po tej odmie poprawa zupełna. Chora obecnie, w lipcu, pozostaje w dalszej obserwacji.

Przyp. 7. R. l. 15. Guz mózgu, prawdopodobnie móżdżku. Od grudnia 1922 r. szum w uszach, bardzo częste bóle głowy, nudności, wymioty. W ostatnich czasach zauważył, że gdy chodzi lub stoi, zatacza się w tył i na prawo. Bystr. wzr. obstr.: l. obstr. tarcza zastoinowa. Zresztą bardzo dyskretna hypotonia lewostronna kończyn. Przy próbie R., skłonność do padania w tył i na prawo. Lekka sztywność karku. Tętno 60. Odczyn Bord.-Wass. we krwi i cieczy m. rdz. ujemny. Ciecz m. rdz. prawidłowa. Stale skarży się na ból głowy, nudności, często miewa wymioty. Dnia 29. III. 1923 r. odma powietrzna w pozycji wpółleżącej, bez narkotyków. Ciśnienie cieczy 360 mm. Bardzo ostrożnie i powoli, w porcjach po 3 do 5 cm, upuszczono razem cieczy 50 cm^3, wtłoczono powietrza 52 cm. Już po wpuszczeniu pierwszej porcji powietrza ciśnienie cieczy podniosło się do 450 mm, następnie jednak cośkolwiek spadło, utrzymując się potem mniej więcej na wysokości 400 mm przez cały czas zabiegu. Końcowe ciśnienie 420 mm. Tętno w czasie zabiegu stale 60, silnie napięte. Chory dopiero przy samym końcu zabiegu skarży się na silny ból głowy i nudności. Po zabiegu 2 razy wymioty. Już w dwa dni później stan zupełnie dobry. Bóle głowy, nudności i wymioty ustały zupełnie. Tętno 60, zresztą przedmiotowo stan bez zmiany. Widoczna poprawa w stanie chorego trwała jednak krótko, bo już dnia 13. IV. zjawiły się napowrót nudności, wymioty i silny ból głowy. Na prośbę chorego, który wyżej wspomnianą poprawę przypisywał odmie, zdecydowano się na wykonanie operacji powtórnie dnia 23. IV; podobnie jak i pierwszą wykonano ją w pozycji prawie leżącej i bez narkotyków. Przed zabiegiem tętno 60, ciśnienie cieczy m. rdz. 300 mm. Ostrożnie i powoli, w porcjach po 2 do 5 cm^3, upuszczono 50 cm^3 cieczy, a wtłoczono 55 cm^3 powietrza. Ciśnienie cieczy m. rdz. przez cały czas zabiegu utrzymywało się na pierwotnej wysokości t. j. 300 mm. Zmiany tętna nie spostrzegaliśmy. Przy końcu zabiegu chory skarży się na ból głowy, nudności i 2 razy miał wymioty. Następnego dnia chory czuje się zupełnie dobrze. Podobnie jak po pierwszej odmie i tym razem bóle głowy, nudności i wymioty ustały zupełnie. Poprawa ta trwała jeszcze do dnia 5. V. 1923, w którym chorego zabrała matka do domu, uważając go właśnie z powodu tej poprawy za zdrowego, mimo tłumaczeń z naszej strony, że poprawa nie jest istotna.

Przyp. 1. S. l. 18 (już przedtem wspomniany). Od lipca 1922 r. gorzej widzi. Stopniowe osłabienie kończyn, szczególniej lewej. W ostatnich czasach silne bóle i zawroty głowy, chodząc lub stojąc zatacza się na lewo. Stan nerwowy: oczopląs poziomy przy spojrzeniu na prawo. Bystr. wzr.: okiem lewem odróżnia palce z odległości pół metra, okiem prawem z odległości 1 mtr. Obustronne zapalenie nerwu ocznego. Hypotonja kończyn górnych, większa po prawej. Chód móżdżkowy! przy próbie R. pada w tył i na lewo; ślad samoistnego mijania z ręki lewej na wewn. i ku dołowi. Nakłucie lędźwiowe rozpoznawcze zniosła chora bardzo źle; przez 7 dni następnych pogorszenie, skargi na bardzo silne bóle głowy, zawroty, nudności i wymioty. Badanie cieczy m. rdz. wykazało stosunki prawidłowe. Odczyn Bor.-Wass., także i we krwi, ujemny. Dnia 24. III. 1923 r. o. p. Wypuszczono cieczy 50 cm^3, wtłoczono powietrza 60 cm^3 w pozycji leżącej na lewym boku. Odmę zniosła chora wcale nieźle, w każdym razie lepiej aniżeli poprzednie nakłucie lędźwiowe. W tydzień po zabiegu znacznie ruchliwsza i weselsza aniżeli przed zabiegiem. Bóle głowy ustąpiły zupełnie. Przedmiotowy stan bez zmian. Od 10. IV. 1923 r. znowu skarży się chora na ból głowy, samopoczucie chorej znów gorsze, przeważnie leży. Chorą skierowano do zabiegu operacyjnego.

Podobne czasowe poprawy przy guzach mózgu po odmie powietrznej spostrzegali już inni, między innymi B i n g e l. Wobec słusznych przestróg, zjawiających się z innych stron, podkreślamy, że w tych 2 przypadkach naszych, chorzy sam zabieg znieśli bardzo dobrze, poza przelotnymi bólami głowy i nudnościami, i nie wykazywali żadnych znaczniejszych ujemnych objawów, co tem więcej uderza, że chora S. poprzednią zwykłą punkcję zniosła niezwykle ciężko.

Prócz tego w innych naszych przypadkach, jak: w 3 przypadkach padaczki samoistnej i jeszcze w 1 przypadku, dotąd nie wymienionym ograniczonego surowiczego zapalenia opon mózgowych z Jacksonem, w 1 przypadku encephalitis korowej krwotocznej, w 1 przypadku parkinsonoidu, wreszcie w 1 przypadku niezborności móżdżkowej Marie'a, w 1 przypadku stwardnienia naczyń mózgowych, jeszcze w dwóch przypadkach guzów mózgu, w 1 przypadku poczynającego się stwardnienia rozsianego, w 1 przypadku niepokoju myoklonicznego niewiadomego pochodzenia i t. d. — spotykaliśmy się z podaniami chorych, że w kilka dni po przejściu zwykłych przykrych objawów poodmowych czuli się znacznie lepiej i czuli się tak przez czas dłuższy. W innym przypadku padaczki stwierdziliśmy znaczną poprawę, polegającą na tem, że chory, który przed zabiegiem miewał stale codziennie po 2 napady, po zabiegu miewał już tylko 2 na tydzień, przytem czas trwania i natężenie ich było znacznie słabsze (obserwacja tylko 3 tygodniowa po zabiegu). To też dzięki temu, że cały szereg chorych zachwalał dobroczynne działanie odmy, mogliśmy uzyskać zgodę na wykonanie jej u innych chorych, co nam ułatwiło zebranie materjału doświadczalnego, stosunkowo dużego, jak na kilka miesięcy tej pracy. Z drugiej strony poza 1 przypadkiem migreny, żaden zresztą chory nie odnosił jakichkolwiek trwalszych ujemnych objawów do następstw odmy, jak to bywa czasem po zwykłem nakłuciu lędźwiowem. By zmniejszyć niebezpieczeństwo odmy, robionej drogą dokręgową przy guzach mózgu, mamy zamiar w przyszłości na pewien czas przed przystąpieniem do zabiegu, wstrzykiwać roztwór hypertoniczny soli, by w ten sposób uzyskać, jak to radzą amerykanie, obniżenie ciśnienia śródczaszkowego i to samo radzimy, na podstawie własnych korzystnych spostrzeżeń, próbować przy silnych lub uporczywych bólach głowy poodmowych.

Na zasadzie tych naszych skromnych spostrzeżeń leczniczych, których wyniki zgadzają się z wynikami W i c h e r n'a, W a n d e l a i B i n g l a, możnaby zalecać próby stosowania odmy leczniczej w odpowiednich zresztą warunkach, przedewszystkiem w ogólnem zapaleniu surowiczem opon, jak również w ograniczonem i w padaczce.

Wspomnieć należy, że H ö f e r, W e i g e l d t, D e r c u m, G e n n e r i c h zalecają tę metodę w leczeniu kiły systemu nerwowego ośrodkowego, wychodząc z założenia, że wówczas przez silnie przekrwione opony, łatwiej zostaną doprowadzone do substancji mózgowej dożylnie stosowane związki arsenowe.

W i c h e r n, W a n d e l i B i n g e l spostrzegali niejednokrotnie znaczną poprawę w przypadkach migreny i to zarówno pochodzenia samoistnego, jak i objawowego. W naszym jednym przypadku długotrwałych bólów głowy nieznanego pochodzenia (ciśnienie cieczy silnie wzmożone, stany podgorączkowe, zresztą status ujemny), w którym wyczerpaliśmy wszystkie możliwości lecznicze, próbowaliśmy ostatecznie odmy, lecz nie otrzymaliśmy żadnego efektu leczniczego, natomiast pogorszenie, trwające prawie 2 tygodnie. Był to wogóle jedyny nasz przypadek podmiotowego znacznego pogorszenia po odmie! B i n g e l spostrzegał po odmie wybitną poprawę w przypadkach ostrego nagminnego zapalenia mózgu. W 5 naszych (w 4 z nich odma była nawet przeprowadzona dwukrotnie) przypadkach ostrego nagminnego zapalenia mózgu nie widzieliśmy przekonywujących dodatnich wyników poza bardzo nieznaczną 2-dobową poprawą u 2 chorych, która polegała na lepszem samopoczuciu, wyraźnej poprawie tętna i zabarwieniu twarzy i na osłabieniu myoklonji.

Możemy jednak zaznaczyć zgodnie z B i n g l e m, że chorzy na encephalitis epidemica znoszą w ostrym okresie nawet w bardzo ciężkich przypadkach zabieg ten bardzo dobrze, lepiej niż zwykłe nakłucie lędźwiowe, nawet po upuszczeniu znacznej ilości cieczy m. rdz. (150 cm³) i że w przypadkach najcięższych przy nitkowatem, trudno zliczalnem tętnie, podczas odmy i przez szereg godzin po niej, tętno nadzwyczajnie się poprawia, chorzy przedtem o zapadłych policzkach wyglądają pełniej i lepiej. Chociaż zresztą dorywczo nie udaje się przez odmę wpłynąć poważniej na stan chorych, sądzimy, że próby, i to ponawiane, usuwania tą drogą większych ilości cieczy m. rdz., mieszczącej przecież produkty toksyczne i może zarazki, są usprawiedliwione, napewno chorym nie szkodzą, a kto wie, czy nie zmniejszają częstości nawrotu i nie wpływają na złagodzenie ostatecznych pozostałości. Próby w tym kierunku uważamy za uzasadnione wobec bezowocności zresztą naszego lecznictwa w tem ciężkiem cierpieniu.

Zamykając przegląd naszych spostrzeżeń i doświadczeń i opierając się na piśmiennictwie, dochodzimy do wniosku, że naogół wyniki lecznicze odmy w różnych cierpieniach nerwowych, w których ją dotąd stosowano są na razie jeszcze skromne, n a t o m i a s t b e z p o r ó w n a n i a — w i ę k s z ą w a r t o ś ć p o s i a d a o d m a c z a s z k o w a w z a k r e s i e r o z p o z n a w c z y m.

W końcu należałoby się zastanowić, jakie są wskazania, względnie przeciwwskazania, do odmy czaszkowej. Przeciwwskazań opartych na własnem doświadczeniu podać nie możemy, bośmy dotąd złych następstw odmy nie widzieli. Zaznaczamy, że poza kilkoma pierwszymi próbnymi przypadkami dobieraliśmy przeważnie materjał chorych z niezłym ogólnym stanem i taki, w którym odma mogła i powinna była coś dać pod względem rozpoznawczym, a o ile chodzi o guzy mózgu, które w każdym razie miały pójść na stół operacyjny, tylko takie, w których zabieg był usprawiedliwiony, nawet w razie niemiłych następstw, brakiem ścisłej i pewnej lokalizacji. Dla wszelkiej ostrożności można ostatecznie zabieg z samego początku przerwać, gdy chory zbyt źle go znosi. Mimo więc przykre następcze objawy podmiotowe, oraz pewne połączone z zabiegiem niebezpieczeństwo, o którem stale należy pamiętać, można zabiegu próbować w tych wszystkich przypadkach, w których inne metody badania klinicznego nie pozwalają na postawienie ścisłego rozpoznania, a w których odma czaszkowa może dostarczyć wskazówek rozpoznawczych. Przy ostrożnem i umiejętnem postępowaniu metoda ta nie wydaje się nam niebezpieczną, a jak z piśmiennictwa wynika, w 9 przypadkach śmierci, jakie różni autorzy przytaczają, była śmierć następstwem albo bardzo ciężkiego ogólnego stanu chorych, albo złej techniki zabiegu, co po części sami ci autorzy przyznają. *)

Dr. med. i fil. Józef FRITZ. Lwów.

Kopernik lekarzem

Dokończenie.

W styczniu 1507 r. pozwala kapituła Mikołajowi na wyjazd do Heilsberga, miejsca rezydencji wuja, dla pełnienia obowiązku przybocznego lekarza. Pozostaje tam do r. 1512, do śmierci wuja, spowodowanej nie dającem się bliżej określić zaburzeniem w zakresie przemiany materji. Szereg biskupów warmińskich, następców Łukasza, stale zwraca się o poradę do K o p e r n i k a. Drugim z koleji pacjentem był biskup Fabjan Luzjański, niegdyś szkolny kolega, zmarły w r. 1523 na lues. W tym czasie choruje rodzony brat Jędrzej, znany nam z uchwały kapituły, kanonik frauenburski. Ten zapadł po powrocie z Włoch na trąd. Mikołaj otacza go opieką, równocześnie zaś wyjeżdża często do 3-ciego z rzędu biskupa pacjenta, Marcina Ferbera, chorego na zaburzenia jelitowe. Biskup prosi w jednym z zachowanych listów, aby natychmiast przybył i jeśli ma jakieś dobre leki u siebie pod ręką lub u znajomych,... «quod stomachi doloribus, torsionibusque ac dissenteriae fluxui mederi posset, ut id secum doctor Nicolaus ferre velit.« Pomoc nie była próżną. W samo Boże Narodzenie 1531 roku jednak napadły biskupa znowu silne boleści, a przywołany K o p e r n i k stwierdził stan poważny i wezwał do konsyljum lekarza nadwornego księcia Albrechta, Dra Wawrzyńca Wille. Obaj i tym razem ocalili pacjenta, środki zaś lekarskie nadesłał lekarz nadworny Zygmunta Starego Benedykt Solfa. W kwietniu następnego roku stan ponownie pogorszył się. Biskup prosi o przysłanie Mikołaja choćby na jeden dzień. I teraz jeszcze udało się chorego przywrócić do sił. W latach jednak następnych uległ on atakowi, przy którym stracił mowę. Wkrótce potem pojawiła się haematuria, a przywołany do łoża K o p e r n i k podaje »id ex motione corporis evenisse«, poleca oprócz środków lekarskich zupełny spokój i konsultuje z Solfą oraz lekarzami z Gdańska. Polepszenie wprawdzie nastąpiło, lecz w czerwcu 1538 przychodzi do coma i drgawek, a śpieszący natychmiast K o p e r n i k przybywa za późno. Następca Maurycego, biskup Jan Dantyszek, znany humanista, leczył się u Mikołaja w kwietniu 1538, mając równocześnie przy sobie lekarza kapituły wrocławskiej ziomka Dra Jana Treslera. Z nim odbył K o p e r n i k konsylium, początkowo był różnego zdania co do etjologji zachorzenia, lecz »persuasus indiciis et rationibus idem mecum sensit (zaznacza Tresler) ut quidquid hoc erat mali ex affecto cerebro nempe luti ex fonte manaverit«. Z grona przyjaciół kanoników zasięga porady u Mikołaja Aleksander Scultetus, historyk i geograf, który z nim wspólnie pracował nad kartą geograficzną Prus. Zażyłość z tymże zwolennikiem Lutra wywołała u kardynała Hozjusza nieufność do K o p e r n i k a, przez to oziębił się także stosunek Mikołaja do Dantyszka, któremu opieką lekarską dalej nie służył, wymawiając się przeszkodami. Rodziny kanoników również korzystały z pomocy lekarskiej K o p e r n i k a, a jedna z notatek podaje, że leczył i choroby kobiece. Zakres więc praktyki lekarskiej rozszerzał się. Z sąsiedniego biskupstwa wzywa go do siebie biskup z Chełma Tiedemann Giese, przyjaciel i kolega szkolny. Zapadł na febris tertiana. Wspólnie z lekarzami Hieronimem z Torunia i Ambrożym z Gdańska leczy go Mikołaj, raz po raz wyjeżdżając do Lubawy, miejsca pobytu biskupa, już to pisemne dając wskazówki. Kilka razy przebywa w Gdańsku na wiosnę i w lecie 1526 roku, gdzie leczy jakąś nieznaną bliżej osobistość, prawdopodobnie wspólnie z Drem Janem Benedyktem Solfą z Łużyc, lekarzem nadwornym Zygmunta, astronomem i filologiem, autorem rozlicznych, niezbadanych dotąd pism. Jak sława Mikołaja rosła

*) Z powodu braku miejsca Redakcja odmówiła ogłoszeniu piśmiennictwa.

również poza granice biskupstwa oraz sfery przyjaciół i jak też wielką była jego ofiarność, świadczy wyjazd do Królewca, celem ratowania towarzysza i przyjaciela księcia Albrechta pruskiego, Jerzego z Kunheim, rycerza z rodziny około zakonu krzyżackiego bardzo zasłużonej. Nie było przeszkody w różnicy konfesji i poglądów politycznych, staruszek Mikołaj, choć 69 lat już liczył, śpieszy wezwany do konsyljum przez tamtejszych lekarzy, uproszony przez Albrechta. Pobyt przy boku chorego przedłużył się przez cały miesiąc, a Albrecht dziękując prosi jeszcze o dalszą opiekę nad chorym. Po powrocie pamięta doktor Mikołaj o pacjencie, jak świadczy korespondencja z Solfą. O wielu innych poradach lekarskich wieści i notatki zaginęły lub wcale nie istniały, bo nigdy i nigdzie nie skąpił swej pomocy, prawdziwą opieką otaczał biednych, sam dostarczając lekarstw. Sędziwy biograf Szymon Starowolski w Scriptorum Polonorum Hecatontas, notując wdzięczną wśród ludu tej ofiarności tradycję, pisze: »In medicina velut alter Aesculapius celebrabatur... id interpretari sic decet, quod singularia quaedam remedia et probe calleret et ipse pararet et feliciter adhiberet ea erogando in pauperes, qui ipsum idcirco ut numen quoddam venerarentur; nam publice quidem alioquin medicinam facere id praeter ipsius institutum fuit.«

Widzieliśmy więc, jak bogatą była praktyka lekarska Mikołaja wśród swoich i obcych, dygnitarzy i maluczkich. Z koleji zastanowić się należy nad tem, co mu ten splendor prawie że bóstwa nadawało, na czem gruntowała się jego wiedza lekarska, jakie było jego stanowisko do ówczesnej medycyny, jaką jego lekarska puścizna.

Materjał, któryby pozwolił na konkretną odpowiedź w tych kierunkach, zaginął niestety lub może wcale nie istniał. Prac teoretycznych z zakresu medycyny Mikołaj nie zostawił, co tem dziwniejszem wydać się musi, że był to umysł do teoretycznych rozważań bardzo skłonny. W katalogu biblioteki frauenburskiej z końca 16 wieku zapisano kilka rękopisów lekarskich. Czy nie było między nimi jakiejś pracy samego Kopernika, trudno powiedzieć. Zachował się traktacik medyczny p. t. Regimen sanitatis, którego autorstwo w manuskrypcie jest Kopernikowi przypisane (Codex w archiwum miejskiem w Braunsberdze D. 101 F. 881). Treść jego, zawierająca wskazówki higjeniczne, rozłożone na poszczególne miesiące w formie kalendarza, tyle zawiera zabobonów, że już wcześnie musiano autorstwu Kopernika zaprzeczyć. Jako próbkę podaję przepisy na miesiąc styczeń: »Bibe de optimo vino, sanguinem non minuas, potionem non accipias, assato balneo utere, mane commede sed non nimium, nam superflua commestio febres generat. Qui 1, 2, 5, 7, 8, 15 sanguinem minuerit ipso anno morietur; si tonitru sonuerit, ventos validos, abundantiam frugum significat.« Odpowiada on zupełnie ówczesnym ludowym poglądom, wykazuje jednak w kilku miejscach styczność z przepisami, podawanemi przez Kopernika w oryginałach zachowanych recept, coby więc przemawiać mogło za tem, że Mikołaj je zestawił, przyczem jednak zastrzec należy, że zgodność ta polegać może i na wspólności źródeł, z których przepisy dietetyczne i Regimen sanitatis pochodzą. Notatka o burzach w styczniu kazałaby jednak myśleć o powstaniu wymienionego traktatu raczej na południu.

Korespondencja fachowa Mikołaja z wymienianymi już częściej lekarzami, jak np. Benedyktem Solfą, gorącym jego wielbicielem, musiała zawierać wiele kwestyj medycznych, zaginęła jednak niestety. Żałować bardzo należy ów: »volumen grande epistolarum eruditissimarum, in quibus tum medica, tum philologica immo et mathematica... solvit problemata, quas omnes in manibus vir praeclarus Joannes Broscius habuisse et collegisse scribitur.« Tenże Brożek rozczytywał się w zebranej przez się korespondencji Mikołaja i oto w jednej z jego prac p. t. Arithmetica integrorum Cracov. 1620. p. 250. znajdujemy notatkę, opierającą się albo na owej korespondencji zaginionej albo na tradycji, notatkę, którą wskazywać mogła, że Mikołaj starał się przecież o teoretyczne ujęcie podstawowych zagadnień medycznych, przenosząc i stosując do medycyny kategorje astronomiczne. Brzmi ona: »Atque hoc ita verum est, ut Copernicus sui temporis Aesculapius totam medicinam ad Archimedeum problema reuocavit... Archimedeum problema hoc est... da mihi inquit ubi consistam et terram commovebo, illud est: Datum pondus data potentia movere. Itaque Copernicus materiam morbi contumacem pondus vocabat; potentiam vero, praesidia medicamentorum, quibus materia contumax movetur.«

W przeciwieństwie do nikłego materjału, dotyczącego teoretycznych poglądów Kopernika, wcale obficie płyną notatki rękopiśmienne, pozostające w związku z jego praktyką. Są to egzemplarze dzieł lekarskich, niegdyś własność Kopernika lub używane przezeń. Przechowywały ten cały zbiór bibljoteki biskupstwa warmińskiego, złupione w 17 w. przez Szwedów, obecnie znajdujące się, lecz nie w całości, w Upsali i Strängnas. Mikołaj zwykł był czytywać każdą książkę z piórem w ręku, dlatego w trzydziestu i kilku odnalezionych traktatach i dziełach medycznych, a było ich napewno znacznie więcej, znajdujemy na wolnych kartach, na brzegach i w tekście liczne recepty, dopiski, uwagi i przekreślenia, z których możnaby zrekonstruować stosunek Kopernika do ówczesnej wiedzy medycznej. Ogłoszono niestety tylko recepty i dopiski na kartach wolnych, te zaś odnoszą się prawie bez wyjątku do zagadnień czysto praktycznych. O licznych notatkach w tekście samym wspomniano tylko, czego żałować należy, bo najmniejsza notatka czy przekreślenie, podane równocześnie z tekstem do niej należącym, pozwoliłoby śledzić bieg myśli Mikołaja czytelnika, a tem samem wydedukować jego stanowisko względem danego problemu. Stwierdza to np. ogłoszona przez Birkenmajera notatka z tekstu traktatu Galena: De affectionum locorum notitia, fol. 3 b, gdzie podkreślając słowa wydawcy zaznacza tem samem Kopernik swe zdanie o arabizmie. Posiadał w swej bibljotece lekarskiej dzieła kilkudziesięciu autorów, które zachowały się częściowo do dziś, a mianowicie: Antonia Cermisoni: Concilia, Arnolda de Villa Nova: Breviarium practicae medicinae Venet. 1497, Alexandra Benedicti: Anatomice et Aphorismi Parisiis 1514, Franciszka Caballi: Tractatus de theriaca, Galena: De affectorum locorum notitia, Paris. 1513, Ant. Guainerij Papiensis: Practica 1497, Hippokratesa: De praeparatione hominis 1512 i Praesagia Paris. 1511. Huga Senensis: Super IV. Fen. I. Canonis Avicenne Venet. 1485, Jana Anglicus: Practica 1492, Jana de Cuba: Ortus Sanitatis, de herbis de plantis, de animalibus et reptilibus, de avibus. Argentor. ca. 1487. Jana de Vigo: Practica in arte chirurgica copiosa Lugd. 1516, Bartłomieja de Montagnana: Concilia medica Venet. 1499, tractatus tres de balneis patavinis, de compositione et dosi medicinarum, Antidotarium, Piotra de Montagnana: Fasciculus medicine Venet. 1500, Pawła Aeginetae: Praecepta salubria Paris. 1512, Libri septem. Basileae 1538. Macieja Silvaticus: Opus Pandectorum Venet 1498, Mesue cum expositione Mondini (9 traktatów) Venet. 1502 2 egzemplarze, Piotra d' Largelata: Chirurgia Venet. 1499, Pliniusza: Historia naturalis Venet. 1487 2 egzemplarze, 2-gi Romae 1473., Michała Savonaroli: Opus medicinale Venet. 1486, Valesci de Tharanta: Practica Lugd. 1490. Napewno były w ręku Mikołaja, chociaż ich nie znaleziono: Quintus Serenus Sammonicus: De medicina praecepta saluberrima, Die grosse deutsche Chirurgy, Distelerbuch Gualtery, liczne rękopisy jak Liber manuscriptus de re medica, Anatomia manuscripta, De egritudinibus liber manuscriptus i inne, wymienione w katalogu bibljoteki frauenburskiej z 1598 roku, razem przeszło 40 dzieł, stanowiących na owe czasy pokaźną bibljotekę lekarską. Wiele z nich to jeszcze Mikołaja podręczniki szkolne jak np. dzieła profesora padewskiego Montagnana, do których często i później zaglądał, niektóre już wtedy przestarzałe, pełne przesądów, finezyj syllogistycznych, szarlatanerji, amuletów, jak Rosa Johannis Anglici, zwana już w 16 wieku ironicznie una futua rosa anglicana, dzieło Quinta Serena Sammonika lub Macieja Sylwatyka, obok nich jednak dzieła nowatorów, jak Savonaroli i liczne dobre podręczniki chirurgji, coby przemawiało za tem, że Kopernik nie gardził tym działem sztuki lekarskiej. Nie napróżno uczyniła tradycja z ojca Mikołaja chirurga. W te własne podręczniki wpisywał liczne recepty i wskazówki praktyczne, wyjęte z innych auto-

rów, lub też na własnem doświadczeniu oparte. Spotykamy się in margine tych foliantów z notatkami o venaesectio jako derivans, w jakich porach, czy z vena basilica, czy cephalica ją robić należy (na podstawie Rhazesa i Serapiona), o suppositoriach, które poleca raczej, niż środki przeczyszczające, bo te członki szlachetne osłabiają. Ma też w użyciu liczne domowe środki i zioła, i tak ruta zmieszana z octem, służy przeciw kaszlowi, krwotokom z nosa, bólom głowy, robakom i ukąszeniom żmij. Gwoździki z miodem leczą kaszel, ukąszenia wściekłych psów, głuchotę i świąd. Liczne inne środki roślinne, o których wiadomość zaczerpnął Mikołaj przeważnie ze znakomitej Farmakologji Dioskoridesa Pedaniosa, poleca przeciw porażeniom, podagrze, zaburzeniom jelitowym, cholerze. Są tam remedia pro mittenda urina, contra lapidem, maści w kontuzjach i dystorsjach, do czyszczenia zębów, ich zachowania i przeciw bólom tychże, są i kosmetyki dla epilacji, barwienia włosów i usuwania siwizny, a jest i środek uniwersalny, prawie że na wszystkie choroby, to pigułki cesarskie Arnolda de Villa Nova, wprawdzie z licznych ingredjencyj złożone, ale zato pewne, bo i kaszel zmniejszają i anginy znoszą, bębnicę usuwają i siły umysłowe podniecają, nerwy wzmacniają, zęby przeciw próchnicy chronią, przed zakaźnemi chorobami strzegą, świąd i dnę moczową wypędzają, sen głębokim czynią i w wielu jeszcze innych dolegliwościach znakomite świadczą przysługi. Krótko, jakby kalendarzyk lekarski z 16 wieku, dla lekarza praktyka, dla pierwszej potrzeby to wygląda a dziś może uśmiech tylko wywołuje, choć nie wiele się różni od reklamy i naszych nowych preparatów.

Reasumując ten przegląd wiadomości lekarskich Mikołaja powiedzieć możemy: czasy przejściowe w medycynie odzwierciedliły się w wykształceniu lekarskiem Mikołaja, widzimy w nim niejako in nuce całą ówczesną medycynę. Utkwił w niej i nie poszedł dalej, bo nie pozwoliły na to rozliczne jego zajęcia i zdolności, był to bowiem w pojęciu renesansu człowiek uniwersalny, bronił twierdz, budował groble, był prawnikiem, ekonomistą i mężem stanu bystro w przyszłość patrzącym, posłował, pracował nad geografją Warmji, oddawał się sztukom pięknym, poezji i malarstwu, był matematykiem i astronomem, który dokonał epokowego odkrycia. Nie dziwmy się, że tu i ówdzie, jak w medycynie, pozostał on dzieckiem swego wieku. Krzywdę, że tak powiem, wyrządził tej nauce, która będąc przedstawicielką całej ówczesnej wiedzy przyrodniczej, budzącej się do życia, uczyła go tak samo jak matematyka i astronomja ścisłości w obserwacji i rozumowaniach. Wszak nauczycielem Mikołaja w anatomji był przyjaciel Leonarda, Marco Antonio della Torre. Z nim często, pochylony nad preparatami, badał K o p e r n i k strukturę i funkcje organizmu ludzkiego, tego mikrokosmu, który zawsze uważano za odbicie harmonji i wiecznych praw wszechświata-makrokosmu. Nic nowego nie wniósł do medycyny, o ile dziś na podstawie znanych nam źródeł osądzić możemy, Mikołaj. Krzywdę tę jednak spłacił swą praktyką i swem wielkiem odkryciem. Zaledwie życia starczyło, by wiekopomne wykończyć dzieło, K o p e r n i k bowiem należał do tych rzadkich odkrywców, którzy, czując w sobie iskrę bożą, gromadzą z żelazną konsekwencją przez życie całe materjały, by swe odkrycie zewsząd umocować. Na medycynę czasu nie starczyło. Lecz ona, której studjum pozwoliło we Włoszech na dalsze badania astronomiczne, pozostała mu wierną, bo pierwsi, którzy zrozumieli doniosłość jego odkrycia to lekarze astronomowie, że wspomnę tylko o Solfie, lekarzu królewskim i jego następcy Jerzym Joachimie Rhetyku, najzaufańszym przyjacielu Mikołaja. Około niego utworzyło się w Krakowie towarzystwo, w którem tradycja o Mikołaju żyła, należeli zaś doń lekarze: Sylwester Raguski, lekarz królowej Anny Jagielonki, Stanisław Zawadzki, Antoni Schneeberger, Walentyn Fontani i Jan Brożek. Pierwszy też lekarz Dr. Melchior Pyrnesius wzniósł mu zewnętrzny symbol pamięci, fundując pomnik w kościele św. Jana w Toruniu i kładąc nań napis: »Nicolao Copernico Toruniensi — hoc monumentum positum ne Tanti viri apud exteros celeberrimi in sua patria periret memoria.«

Piśmiennictwo.

1) L. A. B i r k e n m a j e r: Mikołaj Kopernik, Część I Kraków 1900. — 2) E. B a r w i ń s k i, L. B i r k e n m a j e r i J. Ł o ś: Sprawozdanie z poszukiwań w Szwecji. Kraków 1914. — 3) L. P r o w e: Coppernicus als Arzt. Halle a. d. S. 1881. — Nicolaus Coppernicus von Leopold Prowe. Berlin 1883. — 4) P e t r u s G a s s e n d i: Nicolai Copernici Varmiensis Vita. Hagae 1655. — 5) Szymon S t a r o w o l s k i: Scriptorum Polonorum Hecatontas, wydanie drugie. — 6) Kopernikjana czyli materjały do pism i życia... zebrał X. Ignacy P o l k o w s k i. Gniezno 1873/5 3 tomy. — 7) Dr. F. H i p p l e r: Analecta Varmiensia. Braunsberg 1872. Tenże Nicolaus Kopernikus und Martin Luther. Braunsberg 1868. — 8) Mittheilungen des Coppernicus-Vereins für Wissenschaft und Kunst zu Thorn. zeszyty I — III. Leipzig 1878 nn. Tamże prace M. C u r t z a, K. M a l a g o l i, Antonia F a v a r o. — 9) Rozmaitości Lwowskie 1843 Nr. 18.

Oceny i sprawozdania.

A d a m S z w a j k a r t, **Postępy lecznicze 1922 roku.** Wilno 1923.

Lekarze-praktycy niesłusznie co prawda, ale zawsze najbardziej interesują się sprawami terapji, jako tego działu medycyny, który stanowi najwybitniejszy teren ich działalności. Tymczasem referaty odnośne naszych pism lekarskich często nie mogą w dostatecznej mierze zadość uczynić tym wymaganiom, a stosunki walutowe, zwłaszcza w dobie obecnej, uniemożliwiają wprost czerpanie wiadomości z czasopism obcokrajowych. To też myśl szczęśliwą powziął dr. Szwajkart, obierając za cel swój »udostępnienie najnowszych postępów leczniczych« w wydanej w Wilnie 30-to stronicowej broszurce. Jeżeli jednak sam pomysł godzien jest najwyższej pochwały, to, niestety, nie można tego powiedzieć o jego wykonaniu.

W prasie lekarskiej spotykamy często prace, mające na celu jedynie reklamę dla pewnych środków farmaceutycznych, należy więc być bardzo oględnym w wyborze prac referowanych. Tego krytycyzmu w broszurce Sz. nie znajdujemy, robi ona bowiem wrażenie dość chaotycznie nazbieranego materjału z rozmaitych pism, jakie się autorowi nawinęły. Materjał uszeregowano alfabetycznie według poszczególnych chorób. Wśród wyłącznie polskiego mianownictwa raz termin »angina pectoris«, a wprost dziwacznie brzmi »gardło Vincenta«. Zwięzłość i treściwość są nieodzowne zwłaszcza w referetach, ale nie powinny one prowadzić do tak niezręcznych conajmniej zwrotów, jak np.: »ciałka białe spadają od 4000—2000 w pięciu minutach« (str. 13), »w jego rękach po takiem leczeniu następowała poprawa« (str. 16), »germanium posiada własność pobudzania do wytwarzania ciałek czerwonych« (str. 18), »najmłodszy jego przypadek miał 7 lat«, »po zrobieniu rozpoznania« (str. 21) i td. Autor mówi »asepsja« (str. 13), nie rozróżnia sodu od sody (salicylat sody, cytrynian sody), czasem stoi w niezgodzie z gramatyką (»używać« rządzi przypadkiem II a nie IV), zbyt często posługuje się przyimkiem »przy« (niemieckiem bei) zamiast »w«.

Jeżeli autor w przyszłości zbierać będzie materjał nieco krytyczniej, a pod względem językowym staranniej go opracuje — może rzeczywiście wyświadczyć naszemu piśmiennictwu rzetelną przysługę. *A. Lande.*

H. L e h n d o r f. **Kurzes Lehrbuch der Kinderkrankheiten**, wyd. drugie 1922 — str. 276.

Autor wydał w roku 1914-tym krótki podręcznik chorób dzieci, ściśle wzorowany na podręczniku znakomitego pedjatry moskiewskiego, Filatowa. Obecne, drugie wydanie, jest znacznie rozszerzone i odbiega daleko od pierwowzoru. W małej, treściwej książce autor uwzględnił wszystkie najnowsze zdobycze wiedzy lekarskiej, podaje dane fizjologiczne w zależności od wieku dziecka, w rozdziale o odżywianiu niemowląt uwzględnia system Pirquet'a, zaburzenia w odżywianiu traktuje zgodnie z poglądami metody Finkelstein'a. Specjalny rozdział poświęca nowoczesnym poglądom na konstytucję i jej znaczenie w patologji dziecka. Opisując krztusiec, powołuje się na rewelacyjne doświadczenia Pospischill'a. Schorzenia nerek nazywa i dzieli według najnowszej metody. W leczeniu przymiotu wypowiada się za równoczesnem stosowaniem zastrzyków Neosalvarsanu i wcierek szaruchy, jest zwo-

lennikiem specyficznego leczenia gruźlicy alttuberculiną Koch'a, stosuje jednakie dawki minimalne. Wspomina o metodzie Deyke-Much'a, Petruszky i innych.

Ze względu na wielką zwięzłość i obfitość treści książkę Lehndorf'a można polecić tym wszystkim, którzy zechcą przypomnieć sobie lub uzupełnić wiadomości z pedjatrji.

T. Kopeć.

E. Kaplan. **Symptomenkomplex der inneren Krankheiten.** Monachium. 2 wydanie. Naklad Müllera i Steinickego.

Drugie wydanie krótkiego podręcznika, przeznaczonego głównie dla studentów i młodszych lekarzy-praktyków w celu szybkiej orjentacji w rozpoznaniu, a zwłaszcza w rozpoznaniu różniczkowem. Krótki dział ogólny, pouczający o wywiadach i układaniu stanu obecnego oraz zaznajamiający z wytycznemi djagnostyki i rokowania, poprzedza rozdział szczegółowy, w którym poszczególne zachorzenia narządów — nie wyłączając chorób wieku dziecięcego i układu nerwowego — bliższemu ulegają omawianiu. Zasługują na szczególną uwagę dosyć umiejętnie i ze znajomością rzeczy przejrzyście ułożone tablice różniczkowo-rozpoznawcze z dziedziny chorób płucno-sercowych, przemiany materji i osesków, tablice informacyjne z działu zakaźliwości, okresu wylęgania, powikłań i rokowania chorób zakaźnych, z metodyki badań narządów moczopłciowych oraz wydzielin i wydalin. Ostatnie 50 stronic poświęca autor wyłącznie zwięzłemu rozpoznaniu różniczkowemu poszczególnych objawów, ułożonych w alfabetycznym porządku. Jako przykład przytaczam pierwszą z brzegu za Nr. 27 odnotowaną »kolkę brzuszną«, spotykaną w: 1) arteriosklerozie naczyń kiszkowych, czerwonce, nieżycie kiszek, nowotworach, przepuklinie, neurastenji, zapaleniu przewlekłem lub ostrem otrzewnej, ileus, crises gastriques, wrzodzie żołądka lub dwunastnicy, kamicy żółciowej i nerkowej, owrzodzeniu kiszek, zapaleniu kiszki ślepej, zatruciu ołowiem, nerce wędrującej, wnętrzakach, wylewach krwawych do trzustki, zapaleniu płuc u dzieci, chorobie Addisona, zachorzeniach narządów płciowych u kobiet. W kilku słowach charakteryzuje autor cechy zasadnicze każdej ze wzmiankowanych chorób, jasna rzecz, używając wszędzie t. zw. stylu telegraficznego, co nb. większości uczących się przypada zazwyczaj do gustu. Załączony w końcu rejestr numerowany ułatwia odszukanie jednostek chorobowych, zespołów nosograficznych i pojedynczych objawów. Autor podkreśla w przedmowie, że rozkład materjału z I-go wydania zachował jako nader praktyczny i celowy i w drugiem, nieco rozszerzonem. *H. Higier.*

Przegląd piśmiennictwa.

Choroby wewnętrzne.

Archives des maladies du coeur, des vaisseaux et du sang.

Nr. 6.

Vaquez i Dimitracoff. **Próba adrenalinowa Goetsch'a w schorzeniach tarczycy.**

Wiadomo, że zastrzyk 1 mg adrenaliny u sympatykotoników wywołuje wzmożenie częstości tętna, bicie serca, drżenie, napadowe występowanie uczucia zimna i gorąca, wzrost ciśnienia tętniczego i czasami cukromocz. Goetsch zauważył, że osobniki z chorobą Basedowa dają również podobne objawy nadczułości ustroju na adrenalinę, i to wprost proporcjonalnie do stopnia nadczynności tarczycy. Bloch wykazał, że próba adrenalinowa jest dodatnia poza chorobą Basedowa, w ciąży, w moczówce cukrowej i w ostrym gośćcu stawowym. Autor opisuje 15 przypadków schorzeń tarczycy u osobników w różnych okresach choroby Basedowa i przychodzi ostatecznie do następujących wniosków:

a) próba adrenalinowa wykrywa nadczynność tarczycy lub brak tej nadczynności jak np. w przypadku, w którym rozpoznano klinicznie chorobę Basedowa, z odczynem Goetscha ujemnym, i w którym naświetlanie promieniami Roentgena dało objawy niedomogi tarczycy — ogólne znużenie, senność, bladość, lekkie obrzmienie twarzy. *b)* Próba adrenalinowa daje wskazania do leczenia promieniami Roentgena; *c)* pozwala sprawdzać wyniki tego leczenia i umożliwia jego dawkowanie; *d)* pozwala się szybko orjentować co do nawrotów choroby i ewentualnych wskazań do wznowienia naświetlań.

Technika próby: chory leży (wzruszenie wywołane obawą zastrzyku zwykle mija w parę minut). 1) Zliczenie tętna i zmierzenie ciśnienia tętniczego; 2) zastrzyk domięśniowy na powierzchni przedniozewnętrznej uda 1 mg adrenaliny w roztworze 1 : 1000; 3) liczenie tętna co 2—4 minuty i jednoczesne mierzenie ciśnienia, zresztą liczenie tętna i mierzenie ciśnienia można wykonywać co 10 min. w ciągu pierwszej pół godziny; 4) zanotowanie podmiotowych zaburzeń czynnościowych; 5) wykreślenie krzywych tętna i ciśnienia.

Wynik próby uważa się za dodatni, gdy:

1) wystąpi późne przyśpieszenie tętna (zwykle w $^1/_2$ g. po zastrzyku) naprz. ze 120 na 138;

2) wzrośnie ciśnienie tętnicze (skurczowe), naprz. z Mx 11 na 16—17;

3) wystąpią objawy podmiotowe: bladość, zawroty głowy, bicie serca, ogólne drżenie, uczucie strachu, osłabienie, poty, napady uczucia gorąca, czasami wzmożenie diurezy (objawy te osiągają swoje maximum w 1 godz. po zastrzyku i następnie stopniowo znikają zupełnie w 12—24 godz.).

Wynik próby jest częściowo dodatni, gdy ciśnienie tętnicze wzrośnie tylko nieznacznie, lub gdy wystąpi samo tylko wzmożenie częstości tętna bez wzrostu ciśnienia ewent. z objawami podmiotowemi mniej lub więcej silnie zaznaczonemi.

Każdy inny wynik będzie ujemny.

U osobnika normalnego zastrzyk adrenaliny nie da żadnych wyraźnych zaburzeń.

Mariano R. Castex. **O rozdwojeniu i zdwojeniu I. tonu serca.**

Autor, zaznacza brak zasadniczej różnicy między rozdwojeniem i zdwojeniem I tonu serca; to pierwsze przyjmujemy wtedy, kiedy przerwa dzieląca te 2 dźwięki, składające się normalnie na 1 ton, jest bardzo krótka i mało uchwytna; o zdwojeniu mówimy wówczas, gdy przerwa między niemi jest wyraźnie zaznaczona. I jedno i drugie nie zmienia zasadniczego rytmu serca na dwa tempa (analogicznie do tego, jak mamy w muzyce takt $^2/_4$), która to cecha różni je zasadniczo od rytmu galopowego, który jest rytmem na trzy tempa. Co do mechanizmu omawianego objawu — to jedni upatrują przyczynę tego w niewspółczesności napięcia zastawki dwudzielnej i trójdzielnej, spowodowanej przez wady wrodzone lub przez nabyte stany zapalne zastawek, nici, beleczek mięsnych; inni autorowie przyjmują niewspółczesność skurczów komory lewej i prawej, przyczem wiadomo obecnie, że możliwem jest izolowane jednostronne zaburzenie w przewodnictwie gałązki pęczka Hisa. Pewna grupa autorów wreszcie sądzi, że słyszymy rozdwojenie I. tonu wskutek oddzielnego postrzegania tonu od zamknięcia zastawek i tonu mięśniowego. Na mocy zbadania elektrokardjogramów 5 osób w wieku od 44 do 59 lat z miażdżycą ogólną i wadami serca przeważnie niewyrównanemi, autor przychodzi do wniosku, że przyczyną zdwojenia I tonu serca była blokada lewej gałązki pęczka Hisa. Utwierdza autora w tem przekonaniu fakt, że w jednym przypadku, w którym zdwojenie I tonu było niestałe, i blokada lewej gałązki pęczka Hissa na krzywej elektrokardiograficznej występowała również niestale.

M. Czyżewski. (Warszawa).

Bibljografja.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Medycyna Doświadczalna i Społeczna. Tom I. zeszyt 3—4. Treść zeszytu: Śp. Józef Hornowski. śp. Adam Modrzewski. W. Chodźko: Aktualne sprawy sanitarne na terenie międzynarodowym i w Polsce. Jezierski: Badania doświadczalne nad działaniem chorobotwórczem prątków gruźliczych typu ludzkiego i bydlęcego. Z. Szymanowski i N. Zylberlast-Zandowa: Badania doświadczalne nad zapaleniem mózgu nagminnem i opryszczkowem. F. Przesmycki: Doświadczenia nad przetaczaniem krwi u zwierząt. B. Gutowski: Stosunek ciała czynnego zwojów gwiaździstych do adrenaliny. M. Landsberg: Badania nad zawartością mocznika w ślinie. B. Nowakowski: Z dziedziny zdrowia publicznego

Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Tom 115. Zeszyt 2., r. 1923. Treść: Protokoły posiedzeń z r. 1919 (kwiecień—październik), wspomnienia pośmiertne.

Wychowanie fizyczne. Rocznik IV. Zeszyt 5—8. Poznań. Treść: Gądzikiewicz: Badania książek szkolnych pod względem higjenicznym. E. Piasecki: Projekt planu działalności Min. W. R. i Oświecenia Publ. na polu wychowania fizycznego. Nowe książki. Z czasopism, z towarzystw, z intytucji i zjazdów. Z metodyki ćwiczeń. Notatki bibljograficzne.

Biuletyn Polskiego Komitetu dla zwalczania raka. Nr. 2. lipiec 1923, Treść: Protokoły z posiedzeń. Z działalności komitetu. Walka z rakiem na terenie międzynarodowym. Piśmiennictwo.

Nr. 3. październik 1923. Treść: Nekrolog śp. Prof. Hornowskiego. Sprawozdanie z działalności komitetu. Międzynarodowy kongres dla zwalczania raka w Strasburgu. Piśmiennictwo.

Józef Aleksiewicz: O ranach postrzałowych stawu kolanowego. Lwów 1923. Str. 92. 11 rycin.

Przegląd dentystyczny: Rok III. Nr. 4. Treść: Lewiński: Uzębienie zwierząt kopalnych. Frankowska: Ocena pracy F. Böhma p. t. Stosunek wymiarów czaszki i uzębienia na czaszkach anormalnych. Streszczenia.

Wł. Janowski: Walenty Kamocki — wspomnienie pośmiertne (Odb. z Gazety Warszawskiej).

R. Leszczyński: Un cas de conjonctivite trichophytique. Odb. z Annales de dermatologie et syphiligraphie. Tom. IV. 1923.

Ruch w Towarzystwach lekarskich — Zjazdy.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 23. maja 1923.

Przewodniczy prof. Majewski. Obecnych 91.

1) Kol. Blassberg przedstawia i omawia przypadek **choroby Vaqueza** (rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusji prof. Orłowski uzupełnia podane przez mówcę piśmiennictwo polskie wzmianką o swej pracy o erytremji, ogłoszonej przeszło 10 lat temu w »Przeglądzie lekarskim«, a obejmującej postać Vaqueza i Gaisbrocka, obraz zaś kliniczny erytromelalgją, podkreśla znaczenie usposobienia dziedzicznego, wreszcie, zaznacza odmienność od spostrzeżeń innych badaczy wzajemnego stosunku ciałek białych w przypadku prelegenta, mianowicie, przeważanie w nim limfocytów i brak komórek tucznych.

2) Odczyt kol. Siedleckiego: **Endocarditis lenta** (rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusji zabierali głos kol. Eisenberg, Glasner i prof. Orłowski, który uzupełnia podany przez prelegenta opis zmian anatomicznych w endocarditis lenta zaznaczeniem drobnokomórkowych nacieków okołonaczyniowych. Nacieki te wspólnie z bujaniem śródbłonków naczyń wskazują, że omawiana sprawa dotyczy nie tylko wsierdzia. O. podkreśla częstość tej choroby w ostatnich latach (w 2 ostatnich latach w klinice medycznej U. J. spostrzegano przeszło 10 przypadków), brak w przypadkach kliniki medycznej objawu Hessa (dysproporcji ilości leukocytów we krwi z palca i płatka usznego), wreszcie, uleczalność, jakkolwiek rzadką tej choroby; w ocenie wartości różnych metod leczniczych zaleca mowca na podstawie własnego doświadczenia dużą ostrożność i powściągliwość.

Posiedzenie naukowe w dniu 30 maja 1921.

Przewodniczy prof. Majewski. Obecnych 305 członków.

Prezes towarzystwa wita licznie przybyłych wojskowych i członków Tow. chemicznego.

1) Prof. Marchlewski wygłasza odczyt: »O gazach wojennych«.

W dyskusji zabierali głos: p. pułk. lekarz Marzecki, prof. T. Estreicher, prof. Majewski, prof. Wachholz i Dr. Boczar. Kol. Marzecki przedstawił całą grozę obecnej walki gazowej i wskazując na niesłychane wprost przygotowania zaczepne i obronne, jakie przeprowadza cały szereg państw a głównie Stany Zjednoczone, nawołuje do stworzenia miejscowego komitetu obywatelskiego obrony przeciwgazowej, któryby się podporządkował centrali warszawskiej (Komitet obywatelski obrony przeciwgazowej. Warszawa ul. Ludna 11).

Pod wpływem dalszych przemówień postanowiono natychmiast wpisywać się na członków miejscowego komitetu obrony przeciwgazowej i zbierać składki na cele instytutu gazowego, przyczem zebrano doraźnie 1,370.000 mkp.

Posiedzenie naukowe w dniu 6 czerwca 1923.

Przewodniczy prof. Majewski. Obecnych 214.

Prof. Wachholtz wygłasza odczyt: »**O trującem działaniu gazów wojennych**«, (Rzecz drukowana w Nr. 31 Polskiej Gazety lekarskiej).

W dyskusji prof. Marchlewski zaznacza, że dyskusja po jego odczycie w dn. 30. maja potoczyła się innemi drogami, niż on sam pragnął. Celem, do którego odczytem swym dążył, było popularyzowanie defenzywy przeciwgazowej. Wojna gazowa zagraża bowiem nie tylko wojsku, ale i ludności cywilnej, która powinna się przeciw temu niebezpieczeństwu wszelkiemi siłami bronić. Tymczasem efekt jego odczytu był zgoła inny, bo zapoczątkowano zbiórkę na instytut gazowy, a więc na cele więcej ofenzywne, których tworzenie i finansowanie powinno być uskuteczniane przez rząd.

Po dalszych przemówieniach prof. Estreichera p. Martynowicza, prof. Majewskiego i Marchlewskiego uchwalono na walnem zebraniu Tow. lekarskiego, mającem się odbyć nazajutrz t. j. 7. czerwca wybrać z łona członków komisję do komitetu t. zw. defenzywy gazowej. Do tegoż samego komitetu ma wybrać ze swego łona komisję i Wydział lekarski U. J. Komitet ten ma się podporządkować centralnemu Komitetowi obywatelskiemu obrony przeciwgazowej w Warszawie i ma się zająć głównie popularyzowaniem defenzywy przeciwgazowej.

Walne zebranie w dniu 7. czerwca 1923.

Przewodniczy prof. Majewski. Obecnych 36 członków.

Przewodniczący zawiadamia o wynikach porozumienia się z redakcją i administracją »Polskiej Gazety lekarskiej«. Wniosek Wydziału na III. kwartał jest następujący. Wkładka kwartalna zwyczajnego członka będzie wynosiła 60.000 mkp. Każdy członek Towarzystwa będzie otrzymywał Polską Gazetę lekarską bezpłatnie. 15% członków będzie miało przyznaną 50% zniżkę wkładki. — Usterki redakcyjne i administracyjne mają być na przyszłość o ile możności usunięte. Pojedyncze zeszyty gazety będą miały o pół arkusza druku więcej.

W dyskusji kol. Woyciechowski zaznacza, że w obecnych warunkach zniżki tak wydatne były zgoła nie spodziewane. Jest to maximum tego, co można było dostać. Zarządowi należy się za to gorące uznanie. Stawia wniosek, aby przedstawienie prezesa przyjąć »en bloc« do wiadomości.

Kol. prof. Szumowski twierdzi, że cena przy obecnych warunkach jest bardzo niska — przynajmniej o $\frac{1}{3}$ niższa niż wtedy, kiedy przeciw niej były podnoszone zarzuty.

Wniosek Dr. Woyciechowskiego przyjęto wśród oklasków jednomyślnie, poczem przystąpiono do wyboru z łona członków komisji do tak zwanej »defenzywy gazowej« i wybrano kolegów Surzyckiego, Seńkowskiego i Blassberga.

Posiedzenie naukowe w dniu 13. czerwca 1923.

Przewodniczy prof. Majewski. Obecnych 79.

Kol. Tempka wygłosił odczyt: »**O skazach krwotocznych**«. (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusji zabierali głos kol. Blassberg, Eisenberg i prof. Orłowski, który podał i uzasadniał własny pogląd, według którego są postacie niedokrwistości aplastycznej polegające na wyczerpaniu niedorozwiniętego szpiku kostnego.

Posiedzenie naukowe w dniu 20 czerwca 1923.

Przewodniczy prof. Majewski. Obecnych 76.

Kol. F. Siedlecki wygłosił odczyt: »**Pierwotne skazy krwotoczne**«. (Anatomja patol., rozpoznanie i leczenie). (Rzecz przeznaczona do druku).

W ożywionej dyskusji zabierali głos kol. prof. Latkowski, Tempka, Hirsch i Eisenberg.

Posiedzenie naukowe w dniu 27. czerwca 1923.

Przewodniczy prof. Majewski. Obecnych 78.

1) Prof. Majewski odczytuje odezwę Tow. Medycyny Społecznej. Imieniem Medycyny Społecznej zabiera głos kol. doc. Gieszczykiewicz, objaśniając, że C. Państw. Zw. Epid. postanowił rozszerzyć swój dotychczasowy organ »Przegląd epidemjologiczny« i nadać mu tytuł »Medycyna doświadczalna i społeczna«.

2) Kol. prof. Korczyński wygłosił odczyt: »**O wskazaniach dla wód rodzimych**«. Sekretarz: Dr. *Pawlas.*

Towarzystwo lekarskie Częstochowskie.

Posiedzenie w dniu 15 maja 1923 r.

Obecnych członków 25 oraz kol. Gelbard z Warszawy.

1) Kol. Bram pokazał chorą z toczniem twarzy i nosa w stanie wyleczenia po naświetlaniach Roentgenem.

2) Kol. Batawia odczytał pracę: »**niedrożność nosa a gruźlica płuc**«. Prelegent omówił szczegółowo ujemny wpływ zmniejszonej drożności nosa na oskrzela i płuca; w płucach powstają objawy fizykalne, naśladujące początkowy okres gruźlicy. Obok tej rzekomej gruźlicy płuc (Kroenig) przy niedrożności nosa spotykamy często prawdziwą gruźlicę. Wobec szkodliwego wpływu niedrożności nosa prelegent radzi w odnośnych przypadkach nie zwlekać z operacją.

W dyskusji przemawiali koledzy: Bram, Szaniawski, Rożkowski, Gelbard i prelegent. Zdaniem kol. Rożkowskiego teorja Kroeniga w całości nie da się obronić. Kol. Gelbard omówił sprawę niedrożności nosa ze stanowiska stomatologji: są przypadki niedrożności nosa, powodowane niedorozwojem szczęki górnej; w tych przypadkach operacja dróg nosowych nie pomaga.

3) Kol. Stawnicki mówił »o zastrzykiwaniu adrenaliny do serca«, podając wskazania do zabiegu i jego technikę.

K. Łokczewski, sekretarz.

Posiedzenie w dniu 25 maja 1923 r. (w zakładzie roentgenologicznym kol. Brama).

Przewodniczy kol. Rożkowski. Obecnych członków 27.

1) Kol. Bram pokazał chorą z gruczolakami szyji dużej wielkości; ucisk tchawicy był tak znaczny, że myślano o tracheotomji. Po 2 serjach głębokich naświetlań promieniami X (razem 50% HED) gruczolaki zmniejszyły się do minimum, a chrypka prawie zupełnie ustąpiła.

2) Kol. Rożkowski pokazał mężczyznę 46-letniego z situs viscerum inversus, stwierdzonem przez kol. Brama za pomocą prześwietlenia.

3) Kol. Bram pokazał na ekranie dziewczynkę, chorą na gruźlicę gruczołów około-oskrzelowych, i chłopca z zapaleniem wsierdzia.

b) aparat roentgenowski nowego typu »Uniplan-Transverter« firmy Koch i Sterzel w Dreźnie. Po omówieniu szczegółów aparatu i techniki podał kol. Bram metody miernicze, stosowane w roentgenoterapji.

4) Kol. Batawia przeczytał odezwę grona lekarzy warszawskich w sprawie organizacji nowego wydawnictwa lekarskiego. Sekretarz: Dr. *A. Bram* (zastęp.).

Posiedzenie w dniu 15 czerwca 1923 r.

Przewodniczy kol. Rożkowski. Obecnych członków 19.

1) Kol. Szaniawski pokazał 12-letnią dziewczynkę, leczoną zastrzykiwaniami propidonu z powodu sprawy zapalnej jamy brzusznej i dużego wysięku; obecnie znaczna poprawa, aczkolwiek są pozostałości wysięku.

W dyskusji przemawiali koledzy Wrześniowski i Batawia.

2) Kol. Bogucki pokazał chorego 43-letniego z rozpoznaniem chromania przestankowego; patogeneza sprawy niepewna; chory ma 5 dzieci, przymiot odrzuca, palił dużo.

W dyskusji zabierali głos koledzy: Bram, Rożkowski i Wrześniowski. Kol. Bram zaleca odczyn Wassermanna ewent. prześwietlenie.

Kol. Rożkowski omówił szerzej patogenezę sprawy, zaznaczając rolę schorzenia splotów nerwowych okołonaczyniowych i skurczu tętnic w tej sprawie. W celach leczniczych stosowano z dobrym skutkiem (Leriche) wycięcie splotów nerwowych okołonaczyniowych (perisympathicotomia), po raz pierwszy polecone przez Higiera. Próbowano również wyskoku w celu porażenia nerwów. Francuscy autorowie polecają cytrynian sodu dożylnie lub do wewnątrz (4,0–5,0 dziennie) w ciągu całych miesięcy. Zdaniem kol. Wrześniowskiego wynik leczniczy operacji Leriche'a nie jest trwały; wycięte sploty nerwowe odrastają i objawy chorobowe wracają.

3) Kol. Pasierbiński (z Zawiercia) odczytał pracę: »Uwagi w sprawie trudności rozpoznawczych ciąży zamacicznej«. Prelegent na podstawie 15 własnych przypadków ciąży zamacicznej i nowszego piśmiennictwa omówił wyczerpująco wszystkie odmiany ciąży zamacicznej, opisał różnorodność objawów w zależności od: 1) miejsca siedziby jaja płodowego, 2) okresu ciąży, 3) stanu jaja płodowego i 4) powikłań w sąsiednich narządach jamy brzusznej; oświetlił krytycznie wskazówki rozpoznawcze, uwydatniając w zakończeniu wybitne trudności, z jakiemi nieraz ma lekarz do czynienia w tej sprawie.

W dyskusji przemawiali koledzy, Wrześniowski, Łokczewski i St. Kon. Kol. Kon polecał nowsze metody rozpoznawcze takie jak: prześwietlenie, odczyn Abderhaldena i próbę florydzynową.

4) Kol. Szaniawski odczytał pracę: »leczenie krztuśca eterem na podstawie własnych spostrzeżeń«. (Rzecz ukaże się w druku).

W dyskusji przemawiali koledzy: Stawnicki, Bram, Łokczewski, Wrześniowski, Pasierbiński i prelegent. Kol. Wrześniowski omówił skuteczność szczepionki »neodmetys«, przy pomocy której zdołał opanować epidemję krztuśca wśród dzieci szpitalnych. Zdaniem kol. Pasierbińskiego w leczeniu krztuśca należy oddać pierwszeństwo leczeniu swoistemu, t. zn. leczeniu szczepionką.

K. Łokczewski, sekretarz.

Wiadomości bieżące.

Kraków.

Zarząd bibljoteki Krakowskiego Towarzystwa lekarskiego składa serdeczne podziękowanie za nader cenne dary ofiarowane bibljotece przez kol. Dra Kazimierza Schwarza w Krakowie.

Zarząd bibljoteki Krakowskiego Towarzystwa lekarskiego zwraca się do Kolegów z prośbą, aby zechcieli pisma lekarskie abonowane przez siebie lecz nie przechowywane potem w prywatnej bibljotece ofiarowywać Towarzystwu lekarskiemu.

Zarząd Bibljoteki Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego składa uprzejme podziękowanie WP. Prof. Talko-Hryncewiczowi z Krakowa za książki ofiarowane Bibljotece.

Wychodzące w Budapeszcie pod redakcją Dra Mezei pismo lekarskie esperanckie p. t. »Internacia Medicina Revuo« zamieszcza stale referaty z polskich pism lekarskich. Dotąd pojawiły się referaty prac Pieńkowskiego, Landsberga, Rożkowskiego, Ławrynowicza, Blassberga, Helda, Olbrychta, Fuchsa, Günsburga, Kaplana i Wasilewskiego. Autorowie pragnący, aby ich prace zreferowano, zechcą przesłać krótki 10–25 wierszowy autoreferat w języku polskim pod adresem: Dr. M. Blassberg, Kraków, Starowiślna 18. (Należy podać pismo lekarskie, rok i numer w którym artykuł był drukowany).

Lublin.

Z inicjatywy Lubelskiego Towarzystwa Lekarskiego powstaje przy lubelskich szpitalach pracownia anatomo-patologiczna oraz prosektura szpitalna. Uposażenie prosektora odpowiadać będzie VI klasie uposażeń urzędników państwowych (sama posada nie rządowa), pozatem dochód z płatnych prywatnych analiz anatomo-patologicznych. Kandydaci zechcą nadesłać zgłoszenia zawierające curriculum vitae oraz wykaz prac naukowych pod adresem Lubelskiego Towarzystwa Lekarskiego na ręce wiceprezesa Dr. Stefana Wąsowskiego (ul. Namiestnikowska Nr. 16). Termin zgłoszeń kandydatów upływa dnia 1 marca 1924 r.

Lwów.

»Związek dentystów przynależnych do Izby Lekarskiej Lwowskiej« uchwalił jednomyślnie na posiedzeniu plenarnem dnia 13. listopada 1923. następującą rezolucję:

Zważywszy, że nauka dentystyki stanowić musi integralną część składową studjum lekarskiego, by móc wykształcić zastęp należycie i wszechstronnie wykształconych lekarzy dentystów (stomatologów), mogących sprostać zadaniom praktycznego wykonawstwa swego zawodu i zapewniających rozwój naukowy dentystyki polskiej, idący w parze z ogólnym postępem medycyny, zebrani: 1) Przyłączają się w zupełności do uchwał I ierwszego Polskiego Naukowego Zjazdu Dentystycznego we Lwowie w lipcu 1923, tudzież do rezolucji Lwowskiego Towarzystwa Lekarskiego z dnia 9 listopada 1923. 2) Wypowiadają się za bezwzględną koniecznością jak najrychlejszej przemiany »Państwowego Instytutu Dentystycznego« w Warszawie, którego zadanie likwidatorskie w pełni zostało spełnione, w Klinikę Stomatologiczną Uniwersytetu Warszawskiego. 3) Oświadczają się jak najkategoryczniej przeciwko wszelkim projektom petryfikacji odrębnej uczelni dentystycznej, jaką przedstawia »Państwowy Instytut Dentystyczny«, czy to w formie »akademji«, czy to jakiejkolwiek innej. 4) Popierają jak najgoręcej postulat I. Polskiego Zjazdu Dentystycznego utworzenia katedr stomatologicznych, postawionych na poziomie współczesnych wymogów nauki dentystycznej, w tych wszechnicach polskich, gdzie ich brak dotychczas. *Węgrzynowska*, sekr. *Allerhand*, przewodniczący.

Związek Stow. Asystentów Wyż. Ucz. Rzeczypospolitej pol. uchwalił założyć bibljograficzne biuro prac naukowych lekarskich oraz wypożyczalnię wszelkich monografji i odbitek, celem ułatwienia pracy młodym lekarzom i asystentom. W tym celu wybrana niżej podpisana komisja zwraca się do wszystkich autorów z gorącem apelem nadsyłania w kilku egzemplarzach prac swoich, wszystkich sympatyków tej myśli prosimy o nadsyłanie odbitek i monografij wszelkich autorów we wszystkich językach. Umożliwiłoby to natychmiastowe założenie systemem dziesiętnym bibljograficznym, (przyjętym w Międzynarodowym Instytucie w Brukseli), niezbędnej instytucji.

Wszelkie przesyłki uprasza się kierować pod adresem: Lwów, ul. Piekarska 52, Instytut Anatomji Patologicznej Dr. W. Janusz. Doc. Dr. *J. Rothfeld*. Dr. *W. Janusz*.

Warszawa.

Zarząd Izby Lekarskiej Warszawsko - Białostockiej prosi o podanie do wiadomości wszystkich kolegów następującego zawiadomienia:

Warszawski Wojewódzki Urząd Zdrowia otrzymał z komisji poborowej świadectwa wydane przez 3-ch lekarzy warszawskich, a sporządzone niezgodnie z wymaganiami ustawy o praktyce lekarskiej wskutek czego owi lekarze zostali pociągnięci do odpowiedzialności sądowej za nieprzestrzeganie ustawy. Dla uniknięcia na przyszłość przykrych przypadków, Zarząd Izby Lekarskiej zawiadamia wszystkich kolegów, że na zasadzie par. 2. art. 23 ustawy o praktyce lekarskiej, lekarz wystawiający jakiekolwiek świadectwo obowiązany jest wymienić w świadectwie sposób stwierdzenia tożsamości osoby, której świadectwo wydaje. Znane są przypadki, że osoba badana przez lekarza podała cudze nazwisko za swoje. O ile lekarz, wydający świadectwo, nie wymieni, jaki dokument stwierdzający tożsamość osoby badanej był mu przedstawiony to taki lekarz może bardzo łatwo być oskarżony o wydanie fałszywego świadectwa, gdyż brak wzmianki o sposobie stwierdzenia tożsamości osoby badanej, może być interpretowany przez Sąd jako dowód, że osoba badana jest znana osobiście lekarzowi wydającemu świadectwo. Nacz. Izby: *A. Baliński*. Pisarz Izby: *A. Żurakowski*.

»W Jasienicy koło Brzozowa (Małop.) jest wolna posada dla lekarza miejskiego, katolika. Odpowiednie pomieszkanie zapewnione. Apteka w miejscu«.